Rok XXXII. Kraków, 14. Stycznia 1893. Nr. 2.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O operacyi zaćmy bez wycięcia tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek,

Prymaryusz oddziału okulist. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Jakkolwiek sposób Graefego operowania zaćmy schyłkowej zdawał się najlepiej uzasadniony i pomyślną statystyką poparty, nie brakło zabiegów, których celem było ulepszenie tego sposobu. Zmiany, które wprowadzono w wykonaniu operacyi, powiedzmy ulepszenia, dotyczyły początkowo nie tak ważnych szczegółów, jak wielkości płata spojówkowego, prowadzenia cięcia rogówkowo-twardówkowego, sposobu przecinania torebki i t. p. Pomimo to operacya Graefego pozostawiała zwłaszcza co do przebiegu sprawy gojenia się w dość poważnej liczbie przypadków wiele do życzenia a okoliczność ta uprawniała w pewnéj mierze do dalszych usiłowań, dążących do ulepszenia operacyi zaćmy. Naprzód Wecker a za nim Gałęzowski i Knapp wracają do cięcia rogówkowego i operują zaćmę bez irydektomii. Postępowanie to odstępuje już zupełnie od sposobu operowania Graefego, którego charakterystycznemi znamionami są cięcie rogówkowo-twardówkowe i irydektomia. Wracamy przeto do sposobu operowania zaćmy wskazanego już przez Daviela i Beera z cięciem rogówkowem, płatowem, z tą tylko różnicą, że je wykonywamy ku górze a nie ku dołowi. Schweiger nie bez słuszności wrócił nawet do trójkątnego nożyka Beera.

Objąwszy w marcu zeszłego roku posadę prymaryusza oddziału okulistycznego w powszechnym szpitalu we Lwowie, który co do olbrzymiego materyału może stanąć obok największych zakładów okulistycznych, i mając sposobność operowania, wielkiej liczby zaćm schyłkowych, postanowiłem operować pewną ilość zaćm nowszym sposobem bez irydektomii, aby doświadczyć, jakie są korzyści tego sposobu w porównaniu z operacyą Graefego. W przeciągu pierwszych dziesięciu miesięcy mojej czynności na oddziale operowano 121 zaćm a z pomiędzy nich 51 bez irydektomii. Te ostatnie nastręczyły sposobność do tylu pouczających spostrzeżeń, że nie bez korzyści będzie, co zresztą z toku rzeczy wypadnie, ogłosić je już teraz. Chociaż bowiem inni, jak Knapp, Schweiger i Hirschberg, znaczną ilość zaćm operowali bez irydektomii a z wykazów wielu zakładów widać, że w tym kierunku robi się doświadczenia, przecież odnoszących się do tego szczegółowych publikacyj jest jeszcze bardzo mało, a spór, który ze sposobów operowania bardziej się zaleca, dotąd nierozstrzygnięty.

Operacyę zaćmy bez irydektomii wykonano, jak już wspomniałem, 51 razy u 43 osób, a więc u 8 osób na obu oczach. Zaćmy były samorodne, niepowikłane, dojrzałe albo nieco przejrzałe; w trzech przypadkach była kora rozwodniona a jądro opadłe; w jednym zaś przypadku zaćma miękka. Z tych 35 osób, u których tylko na jednem oku operowano zaćmę bez irydektomii, wykonano u 10 osób na drugiem oku operacyę dawnym obwodowym liniowym sposobem Graefego z modyfikacyami dotyczącemi wycięcia płatu spojówkowego i prowadzenia cięcia, które przyjął Rydel od r. 1874, a które znane są czytelnikom „Przeglądu“ z jego sprawozdań o operacyach zaćmy. Postąpiłem tak z tego powodu, aby łatwiej porównać korzyści i niekorzyści jednego i drugiego sposobu i stwierdzić wpływ operacyi na bystrość wzroku. Wiadomo, jak mianowicie chorzy oddziaływają na zabieg operacyjny, jak w jednym przypadku resztki z łatwością ulegają wessaniu, w innych drażnią, a znowu w innych przypadkach pozostają niewessane w źrenicy i tworzą grubą zaćmę wtórorzędną. Natomiast u tych samych chorych warunki wydobycia zaćmy i resztek, daléj reakcya po operacyi, są te same. Jeżeli przeto chcemy ocenić, jak n. p. operacya wpływa na bystrość wzroku, to najlepiej porównać przypadki, w których równe istnieją warunki co do wydobycia i wessania resztek. Niewątpliwie zaś najpodobniejsze warunki będą u tej samej osoby

w jednem i w drugiem oku, przypuściwszy, że zaćma znajduje się w przybliżeniu w tym samym okresie dojrzałości.

U mężczyzn wykonano operacyę 20 razy, u kobiet 31 razy. Tu nadmienić muszę, że w ogólności dobierałem do tej operacyi przypadki, w których można było wykłuczyć wszelkie powikłania i w których sądzić było wolno, że chorzy po operacyi spokojnie będą się zachowywać i nie są ani bardzo osłabieni, ani w wieku bardzo podeszłym. Wzgląd ten był wskazany, raz z powodu, że z góry uważałem operacyę bez irydektomii za nie tak pewną, jak operacyą obwodową liniową, a powtóre z ostrożności wobec nowości sposobu operowania. Dłatego chętniéj operowałem kobiety niż mężczyzn, gdyż doświadczyłem, że kobiety w ogólności spokojniéj się zachowują po operacyi i cierpliwiéj leżą. Z mężczyzn operowanych miał jeden z zaćmą miękką lat 22, reszta od 47 do 76, z kobiet najmłodsza miała 33, najstarsza 76 lat. Tu nawiasem tylko wspomnę, że prawdziwość twierdzenia Rydla co do wpływu częstych porodów w połączeniu ze zbyt długiem karmieniem na wcześniejsze powstawanie zaćmy schyłkowéj u kobiet, prawie bez wyjątku stwierdzić mogłem. Nasza najmłodsza chora urodziła i wykarmiła ośmioro dzieci a ciemna była już trzeci rok; ociemniała więc skutkiem zaćmy mając lat 30.

Zanim opiszę szczegóły operacyi, wspomnę w ogólności o zabiegach poprzedzających operacyę i opiszę w krótkości jej przebieg. Dzień przed operacyą kąpiel oczyszczająca, golenie brody, strzyżenie, środki rozwalniające. Co dwie godzin zapuszcza się roztwór sublimatu 1:5000 do worka spojówkowego. Bezpośrednio przed operacyą przemycie worka spojówkowego, powiek i twarzy sublimatem. Operacya: Znieczulenie 5% kokainą. Rozwórka Snowdena. Cięcie rogówkowe, które poniżéj dokładnie opiszę, prowadzę tak, aby nożyk Graefego przeciął rogówkę przy brzegu rogówkowo-twardówkowym, a więc bez płata spojówkowego (cięcie więcéj przybrzeżne), albo tak, aby wierzchołek ranki rogówkowéj był na 1½ do 2 mm. oddalony od górnego brzegu rogówki. Przecina się torebkę haczykiem, jak przy operacyi obwodowéj liniowéj, najczęściéj sposobem podanym przez Rydla. Soczewkę wypiera się uciskając rogówkę łyżeczką Daviela. Soczewka wypiera tęczówkę z ranki. Po wystąpieniu soczewki z oka i, o ile można, należytem wydaleniu resztek wyjmuje się rozwórkę Snowdena, po czem prawie we wszystkich przypadkach tęczówka bez użycia narzędzi cofa się z ranki i zajmuje położenie prawidłowe (reponuje się). Nakoniec zapuszcza się 1% roztwór ezeryny. Oko nakrywa się watą zmaczaną w roztworze sublimatu. Narzędzia tępe przed każdą operacyą oczyszcza się przez długie gotowanie: ostre macza się tylko we wrzącéj wodzie i w roztworze sublimatu.

W 10 przypadkach wykonałem operacyę o tyle w sposób odmienny, że torebki soczewkowéj nie przecinałem haczykiem Graefego podczas cięcia rogówkowego. Sposób dawniéj używany, zaniechany a stosowany w ostatnich czasach ponownie przez Gayeta, Gałęzowskiego, Moorena i Knappa. (*Archiv. f. Augh. XXII*). Sposób ten upraszcza bardzo operacyę zaćmy a do wykonania operacyi wystarcza nożyk Graefego i jedno cięcie.

Przebieg operacyi.

C i ę c i e: Wbija się nożyk Graefego, trzymany ostrzem ku górze i przodowi w twardówkę w odległości 1 mm. od skroniowego brzegu rogówki a na 2·5 do 3 mm. poniżéj linii stycznéj do najwyższego punktu obwodu rogówkowego; przeprowadziwszy go przez komórkę przodkową i wykłuwszy koniec jego po drugiéj stronie rogówki symetrycznie do punktu wkłucia, zwraca się ostrze tak bardzo ku przodowi, aby płaszczyzna noża należycie przedłużona rogówkę przecięła, poczem kończę cięcie kilkoma pociągnięciami piłowemi. Naturalnie, że od stopnia zwrócenia ostrza noża ku przodowi zależy, w jakiem oddaleniu znajdzie się wierzchołek cięcia rogówkowego od górnego brzegu rogówki. Otóż jednę część operacyi wykonałem tak, że wierzchołek cięcia rogówkowego znalazł się przy górnym brzegu rogówki, inną część tak, że wierzchołek cięcia był na 2 mm. od tegoż brzegu oddalony. Pierwsze cięcie było więcéj przybrzeżne i przypomina pierwotne cięcie Weckera (1875), drugie więcéj ku przodowi zwrócone przypomina cięcie Gałęzowskiego (1883), z tą różnicą, że cięcie zastosowane w naszych przypadkach jest rogówkowo-twardówkowe, a tamte były cięciami czysto rogówkowemi. Środek naszego cięcia leży w rogówce a końce jego na 1 mm. po każdéj stronie w twardówce, skutkiem czego jest znacznie dłuższe od każdego cięcia rogówkowego. Długość cięcia ułatwia wystąpienie soczewki, ułatwia wyparcie resztek i zapobiega ugnieceniu tęczówki.

Ze względu na cięcie, jak już wspomniałem, podzielić trzeba nasze operacye na dwie gromady. Do pierwszéj należą przypadki, w których wierzchołek cięcia znajdował się przy brzegu rogówki, do drugiéj, w których wierzchołek cięcia był na 2 mm. od brzegu rogówkowego oddalony. Pierwsze cięcie (przybrzeżne) wykonano 18 razy, drugie cięcie 26 razy. Pośrednio wreszcie pomiędzy jednem a drugiem wypadło cięcie 7 razy. Cięcie drugie w porównaniu z cięciem przybrzeżnem okazało się o wiele lepsze. Korzyści tegoż są następujące: 1) łatwiejsze wydobycie soczewki, 2) mniejsze wydęcie tęczówki przy wypieraniu soczewki, 3) rzadsze opadanie tęczówki po operacyi.

Im bardziéj wierzchołek cięcia rogówkowego zbliżony jest do wierzchołka (środka) rogówki, tem łatwiéj wydobyć można soczewkę bez wielkiéj dyslokacyi tęczówki. Jeżeliby cięcie było obwodowe, linijne, to tęczówka zatykałaby rankę. Aby wydobyć soczewkę, trzeba wykonać irydektomię. Bez niéj trudnoby wykonać operacyę zaćmy cięciem Graefego. Mniéj przesuwa się tęczówkę przy cięciu przybrzeżnem, lecz zawsze o wiele więcéj, niż przy cięciu, którego wierzchołek jest o 2 mm. od górnego brzegu rogówkowego oddalony. Tutaj tęczówka mało co tamuje soczewce przystęp do ranki, drogę mało co zastępuje; dlatego soczewka łatwiéj z ranki występuje. Prawda, że soczewka mając wystąpić przez rankę, tak bardzo od brzegu soczewkowego oddaloną, musi pierwéj skręcić się dość znacznie około swojéj osi pozioméj brzegiem górnym ku przodowi. I istotnie ruch ten wykonywa soczewka, jak doświadczenie mnie pouczyło, z wielką łatwością w chwili, kiedy łyżeczką Daviela dotykamy się dolnéj połowy rogówki celem wypierania soczewki. Dalszą dodatnią stroną tego cięcia, jak wspomniałem, jest to, że tęczówka rzadziéj opada. Już Mackenzie omawiając opadnięcie tęczówki przy płatowych operacyach zaćmy i wrastanie tęczówki w rankę przy operacyi Graefego, wypowiedział przed wielu laty zdanie: „Że opada tęczówka tem częściéj, im bardziéj jest oddalone cięcie, którem otwieramy przodkową komórkę, od centrum rogówki“. Statystyka

wreszcie wykazuje zgodnie z powyżej przytoczonem zdaniem, że operatorzy, którzy używają cięcia rogówkowego oddalonego bardziéj od brzegu twardówkowego, mają najmniejszą ilość opadnięć tęczówki. Do nich należą Gałęzowski i C. S. Bull. H. Knapp w ostatniem zdaniu sprawy podaje, że w przyszłości zamierza, operując zaćmy bez irydektomii, stosować cięcie Gałęzowskiego. Opadnięcie tęczówki, o czem niżéj jeszcze mówić będziemy, wydarzyło się 8 razy na 51 przypadków. Na 18 przypadków z cięciem przybrzeżnem 4 razy, na 26 z cięciem, którego wierzchołek był na 2 mm od brzegu twardówkowego oddalony, 3 razy; przy cięciu pośredniem raz na 7 przypadków, przyczem dodać należy, że największe opadnięcia, zajmujące całą rankę, zdarzały się zgodnie z powyższem rozumowaniem, właśnie w przypadkach z cięciem przybrzeżnem.

Cięcie nie przedstawia trudności. Mogę śmiało powiedzieć, co a priori zdawało się niepodobnem, że technika operacyi obwodowéj, liniowéj jest pod każdym względem trudniejsza, niż operacyi bez irydektomii. Dwa razy wpadła tęczówka pod nóż i wtedy ją wycięto. Przypadków tych niezaliczano do operacyi bez irydektomii, tylko do operacyi z irydektomią z odmiennem cięciem. Zdarzyło się to w początkach skutkiem takiego prowadzenia noża, że pewna ilość cieczy wodnéj odpłynęła przed ukończeniem cięcia. Wskazanemby było przeciąć rogówkę jednem cięciem, jak w operacyi Beera, aby brzegi ranki były idealnie gładkie, co łatwo się może nie udać, prowadząc cięcie nożykiem Graefego z powodu ruchów piłowych. Nie bez słuszności używa Schweiger trójkątnego nożyka do téj operacyi a Wecker nożyka własnéj konstrukcyi.

Cięcie rogówkowe wogóle ma jeszcze jedną zaletę, mianowicie brak krwotoków podczas i po operacyi. Zdarzało mi się, że nawet w takich przypadkach, w których irydektomię wykonałem na kilka tygodni przed operacyą obwodowo-liniową, wystąpił po cięciu Graefego krwotok do przodkowéj komórki, który wielce utrudnił przecięcie torebki i wydobycie soczewki. Krew krzepnie i nie zawsze da się wyprzeć z komórki przodkowéj. Krwotoki zaś z ranki po operacyi Graefego, nie rzadko dają powód do przewlekłego zapalenia, a co najmniéj, do przedłużenia leczenia pooperacyjnego. To też w tych przypadkach, w których z powodu stwardnienia naczyń obawiam się krwotoku, gdzie naczynia przytwardówkowe są pokręcone, zgrubiałe, tam nawet przy operacyi z irydektomią prowadzę cięcie rogówkowe przybrzeżne — jak dotąd — z najlepszym skutkiem.

Do ujemnych stron cięcia rogówkowego należy brak płata spojówkowego. Zwolennicy cięcia rogówkowego i operacyi zaćmy bez irydektomii spodziewali się, że postępowanie przeciwgnilne zapobiegnie zakażeniu. Nie ulega wątpliwości, że obecnie antyseptyka obniżyła odsetkę spraw zakaźnych i że dziś z mniejszą obawą przed ropieniem do operacyi przystępujemy. Z należytą ściśłością nie da się jednakże w okulistyce postępowanie przeciwgnilne przeprowadzić a brak płata spojówkowego prawdopodobnie da się uczuć. Z naszych przypadków jeden utraciliśmy skutkiem ropienia rogówki, które się rozpoczęło od brzegów ranki.

Daléj należy na niekorzyść cięcia rogówkowego policzyć zdarzające się niegładkie zgojenie brzegów ranki, skutkiem czego brzeg rogówkowy ranki nie przystaje dokładnie do brzegu twardówkowego. Pozostaje tedy zagłębienie linijne odpowiadające cięciu rogówkowemu. Knapp nazywa takie zgojenie *reitender Lappen.* Zagłębienie może się stać i późniéj wyborną wylęgarnią dla ustrojów drobnowidowych. Nam się zdarzył raz taki przypadek nieprzystającego zgojenia. Przy tem także krzywizna rogówki bywa nieprawidłową, co może w znacznym stopniu upośledzić bystrość wzroku. Wreszcie zdarza się, że ranka rogówkowa albo zbyt słabo, albo bardzo późno się zrasta. W jednym przypadku, zresztą z pomyślnym przebiegiem, przodkowa komórka była przez 10 dni płytka, wreszcie głęboka, późniéj znowu kilka razy ciecz wodna odpłynęła i nagromadziła sie, a dopiero od 26-go dnia pozostała stale głęboka. Oko ledwie ślad zadrażnienia wykazywało.

P r z e d a r c i e t o r e b k i: 1) Soczewkę wydobyto wraz z torebką bez przedarcia tejże 2 razy. 2) Przecięto torebkę haczykiem ostrym, jednym ze sposobów używanych przy operacyi Graefego, (cięcie Pagenstechera, Arlta albo Rydla) 39 razy. 3) Przecięto torebkę nożykiem Graefego podczas cięcia rogówkowego 10 razy. W obu przypadkach, w których wydobyto soczewkę razem z torebką, nie było upływu ciałka szklannego. Kora była rozwodniona a torebka zgrubiała.

W przypadkach, w których przecięto nożykiem torebkę, wykonano to pięć razy w górnéj połowie źrenicy, mniéj więcéj poziomo (H. Knapp), pięć zaś razy pionowo (Gayet — Gałęzowski). Przy tem nigdy nie skaleczyłem tęczówki, czego się Knapp obawia. Aby jeden sposób przedstawiał jakie korzyści przed drugim, tego nie spostrzegałem. Późniejsze dyscysye były zbyteczne, gdyż bystrość wzroku była dostateczna V $^{6}/_{60}$—$^{6}/_{12}$, w każdym zaś razie nie można się było spodziewać poprawy po przedarciu zaćmy wtórorzędnéj. Wiadomo, że Knapp zaleca cięcie poziome, jako korzystniejsze do późniejszéj dyscysyi.

Trzeba przyznać, że ten sposób operowania ma pewne zalety. Jedna z chwil operacyjnych odpada, gdyż cięcie rogówkowe i przecięcie torebki wykonywa się prawie równocześnie. Jednego z narzędzi, haczyka, który najtrudniéj oczyścić, nie wprowadza się do oka. Wśród operacyi wchodzi do oka tylko nóż gładki i ostry, który łatwo oczyścić. Rzeczywiście zakażenie oka narzędziami przy tym sposobie operowania staje się bardzo nieprawdopodobnem.

Zapewne, że w razie wązkości źrenicy dostateczne przecięcie torebki jest bardzo trudne. Po zapuszczeniu jednakże kokainy, źrenica zazwyczaj dostatecznie się rozszerza. Knapp podaje, że technika tego cięcia jest trudna. Istotnie zdarzyć się może, że podczas cięcia torebkowego wypłynie ciecz wodna, co może utrudnić ukończenie prawidłowego cięcia rogówkowego albo tęczówka wpaść może pod nóż. W moich przypadkach żaden z tych przypadów się nie zdarzył. Przeciwskazany jest ten sposób operowania w razie bardzo wązkiéj źrenicy, płytkiéj przodkowéj komórki i zgrubiałéj torebki.

W y d o b y c i e s o c z e w k i: 1) Wydobyto soczewkę z torebką szczypczykami 2 razy. 2) Wyszła z łatwością wypierając przed sobą tęczówkę poza rankę (na zewnątrz) 37 razy. 3) Wyszła tak, że tęczówka po za rankę nie została wyparta, 2 razy. 4) Użyto pomocy asystenta, który ostrym haczykiem nakłówa soczewkę, kiedy już wystaje z ranki, i ratując soczewkę ułatwia jéj wystąpienie, 10 razy.

Wyparcie soczewki według moich spostrzeżeń jest w razie dostatecznego cięcia rogówkowego tem łatwiejsze, im bardziéj wierzchołek cięcia rogówkowego zbliżony jest

do wierzchołka (*centrum*) rogówki. Uciskając łyżeczką Daviela dolną część rogówki, przenosi się ucisk na soczewkę, która ulega chwilowemu zwichnięciu, obracając się około osi poziomej, przebiegającej z prawej ku lewej stronie. Górny brzeg soczewki zbliża się do ranki i wchodząc w nią niejako ją zatyka. W tem położeniu każdy ucisk wywarty na oko wypycha soczewkę. — Przypuśćmy, że soczewka przylega do rozwartych brzegów ranki, to nawet upływ ciałka szklanego nastąpić nie może, dopóki soczewka nie zostanie wypartą. W cięciu obwodowem soczewka nigdy tak nie wypełni ranki i zawsze miejsca jest dość, w którem może się po przedarciu więzadełka pokazać perełka ciałka szklanego. Doświadczenie poucza, że w cięciu rogówkowem rzadszy jest upływ ciałka szklanego, niż przy cięciu obwodowem, liniowem. W żadnym z naszych przypadków nie ukazało się ciałko szklane przed wydobyciem soczewki. Zastósowa nie pętli nie było wskazane. W jednym tylko przypadku, przy wypieraniu resztek, ukazała się perełka ciałka szklanego.

Źrenicę z resztek można było oczyścić równie jak przy operacyi z irydektomią. Łatwo nabyć potrzebnéj wprawy, aby, uciskając powiekami rogówkę, wyprzeć z łatwością pozostałe resztki, przy czem należy unikać dotykania się powieką tęczówki wystającéj z ranki. Trochę znaczniejsze resztki pozostały w dwóch przypadkach; w dwóch innych można było dnia następnego spostrzegać pęczniejące resztki w przodkowéj komórce.

Repozycya tęczówki: Przyczyną utrudnienia repozycyi jest najczęściéj rozwórka, która albo wprost uciska gałkę oczną albo skłania operowanego do mimowolnego kurczenia wszystkich mięśniów zewnętrznych ocznych, gdyż czuje on przyrząd w oku i obawia się bólu. Należy przeto po wyparciu soczewki z ranki natychmiast rozwórkę wyjąć ze szpary powiekowéj. Zaraz po wyjęciu chory się uspakaja a kurcz mięśniów zewnętrznych ustępuje, skutkiem czego tęczówka prawie zawsze cofa się z ranki i zajmuje położenie prawidłowe (*Repositio spontanea*). Jeżeli tęczówka wklinuje się w rankę, wystarczy lekki ucisk powieką dolną wywarty na gałkę, który rozwiera rankę, aby się tęczówka wycofała. W pierwszych 20 przypadkach, w których reponowaliśmy przed wyjęciem rozwórki, była w 14 przypadkach potrzebna repozycya narzędziami. W ostatnich 31 przypadkach reponowała się tęczówka sama. (Dok. nast.)

II. W sprawie podwiązania żyły udowej.

Podali

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky i Dr. Stanisław Karpiński.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Równie ważnym wydał nam się i wybór płynu do wlewania. Masy kitowéj Teichmanna zużytkować tutaj nie mogliśmy, gdyż pomimo przecedzenia z trudnością i to nie zupełnie przechodzi przez naczynia włosowate. Po kolei próbowaliśmy różnych płynów i roztworów a wkrótce przekonaliśmy się, że z tych tylko niektóre odpowiadają naszemu celowi. Przede wszystkiem zaniechaliśmy używania wszelkich roztworów wodnych, gdyż podczas ich wlewania powstawały znaczne obrzęki, które wpływały nadzwyczaj niekorzystnie na skutek doświadczeń. Najwięcéj odpowiadały naszemu celowi terpentyna, nafta i dwusiarczek węgla. Przed użyciem dwóch pierwszych musiano zawsze wpierw wypłukać krew z naczyń dokładnie za pomocą dwusiarczku węgla, gdyż pod wpływem tych płynów pozostająca w naczyniach krew tworzyła grudki, które następnie zatykały naczynia włosowate. Płyny jak: olej lniany i oliwę musiano rozrzedzać terpentyną, gdyż nierozrzedzone nader trudno i powoli przechodziły przez naczynia włosowate.

Doświadczenia przeprowadzano w sposób następujący: Przedewszystkiem podwiązywano tętnicę biodrową wspólną (zwykle prawą) i tętnicę podbrzuszną (*art. hypogastrica*) a niekiedy obkłuwano nadto tętnicę nadbrzuszną dolną (*art. epigastrica inferior*) powyżej więzu Pouparta. Tętnicę podwiązywano w pierwszych doświadczeniach pod otrzewną. Później jednak zaniechano tego sposobu a dostawano się do tętnicy cięciem przez ścianę brzuszną i otrzewną. Następnie cały układ naczyń tętniczych, z wyjątkiem części przez podwiązanie oddzielonéj, nastrzykiwano masą kitową Teichmanna. Po odjęciu strzykawki, co robiono dopiero po zupełnem skrzepnięciu masy (średnio po 24 godzinach) odsłaniano tętnicę biodrową lub udową, żyłę czczą i żyłę biodrową, ostatnią na wysokości gałęzi poprzecznéj kości łonowéj, lub żyłę udową bezpośrednio poniżéj więzu Pouparta, oszczędzając jednak wszędzie, o ile możności, tkanek otaczających, a po usunięciu z nich skrzepów i krwi, w sposób wyżéj podany, zakładano rurki do tętnicy biodrowéj lub udowéj i do żyły głównéj dolnéj (albo poniżéj wątroby albo na przejściu jéj przez otwór czworoboczny *for. quadrilaterum*). Rurka tkwiąca w tętnicy była połączona z przyrządem składającym się z wielkiego lejka szklanego i na dwa metry długiéj rury kauczukowéj o średnicy 2 ctm., połączonéj z manometrem rtęciowym. — Przez ustawianie lejka w różnéj wysokości można było dowolnie zmieniać ciśnienie, pod jakiem płyn miał wpływać. Rurę kauczukową i lejek napełniano wpierw dwusiarczkiem węgla a, skoro ten wypłynął, terpentyną, naftą lub innemi cieczami.

Przed rozpoczęciem właściwego doświadczenia przepłukiwano przez jakiś czas, mniéj więcéj $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny, naczynia dokładnie dwusiarczkiem węgla a następnie, napełniwszy rurę terpentyną lub naftą aż po znak umieszczony na szyjce lejka, wlewano do ostatniego pewną stale oznaczoną ilość tegoż samego płynu i oznaczano czas potrzebny do wpłynięcia téj ilości do tętnic. W ten sposób oznaczano z łatwością ilość płynu, który wlał się do tętnic w ciągu sekundy. Płyn wyciekający z drugiéj rurki, założonéj do żyły głównéj dolnéj za pośrednictwem rurki kauczukowéj, wlewał się do naczynia szklanego z podziałką; tym sposobem oznaczano ilość płynu wyciekającego w tymże samym czasie, co następnie obliczano również na sekundę. Obydwie rurki wyżéj wspomniane opatrzone były w zaciskacze, które każdym razem na początku doświadczenia otwierano i to równocześnie a zamykano w chwili, kiedy powierzchnia płynu w lejku obniżyła się do znaku na szyjce umieszczonego. Doświadczenia te same powtarzano dopóty, dopóki cyfry uzyskane w kilku bezpośrednio po sobie następujących obserwacyach nie okazały się zupełnie równemi. Wtedy podwiązywano żyłę udową lub żyłę biodrową zewnętrzną w miejscu wpierw odsłoniętem, przywiązując ją mocno do małego wałeczka drewnianego, by módz w danym razie żyłę napowrót zrobić drożną bez uszkodzenia jej ścian. W tych warunkach powtarzano znowu kilka razy doświadczenie, przyczem bądź kończynę lekko masowano, bądź położenie jej zmieniano na skośne lub pionowe.

Ilość wpływającego i wypływającego płynu w tymże samym czasie przed i po podwiązaniu, względnie różnica liczb uzyskanych przed i po operacyi, były dla nas miarą do sądzenia o utrudnieniu krążenia wskutek podwiązania żyły.

Z całego szeregu doświadczeń wykonanych przytaczamy tylko te, których przebiegu żaden przypadek nie zaburzył, opuszczamy zaś te, których rezultaty zgadzają się zupełnie z przytoczonemi, pomijamy również doświadczenia, w przebiegu których wkradł się jakikolwiek błąd.

Doświadczenie I. Zwłoki bardzo wychudłe osobnika 26 lat liczącego, zmarłego z powodu gruźlicy płuc (*phthisis pulmonum*). Po przygotowaniu ciała w sposób wyżéj podany wprowadzono rurkę do tętnicy biodrowéj zewnętrznéj prawéj, żyłę zaś udową na wysokości więzadła Pouparta przygotowano do podwiązania. Do doświadczenia w tym razie użyto czystéj terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj w ctm. sześć	Uwaga.
1	1	—	600		120	—	
2	1	—			53	440	
3	1	—			53	465	
4	—	1			63	380	Żyły podskórne mocno nastrzykane, Terpentyna wypływająca z żyły gł. dolnéj zawierała wiele strzępów krwi skrzepłéj.
5	—	1			58	445	
6	—	1			56	385	
7	—	1			54	385	
8	—	1			55	385	Wskutek pionowego ustawienia kończyny wypłynęło prócz tego 120 ctm. sześć.
			500	56			
9	—	1			64	420	kończ. ustaw. pion.
10	—	1			73	435	„
11	—	1			74	420	„
12	—	1			45	285	Kończ. ust. poziom.
13	—	1			54	368	
14	1	—			42	455	
15	1	—			40	465	Wskutek pionowego ustawienia kończyny wypłynęło prócz tego 160 ctm. sześć.
16	1	—			68	445	Kończ. ustaw. pion.
17	1	—			70	440	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wypłynęło	różnica
Nr. 3. Przy żyle wolnéj	9·4 ctm. sz.,	8·7 ctm. sz.	0·7.
Nr. 8. Przy podwiązaniu żyły	9·0	7·0	2·0.
Nr. 9. Przy podwiązaniu żyły a pionow. ustaw. kończ.	7·8	6·5	1·3.
Nr. 11. dtto	6·7	5·6	1·1.
Nr. 13. Przy podwiązaniu żyły a poziom. ustaw. kończ.	9·2	6·8	2·4.
Nr. 15. Przy żyle wolnéj	12·5	11·6	0·9.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj a pionowem ustaw. kończ.	7·1	6·3	0·8.

Jeżeli przyjmiemy doświadczenie pod l. 3, najwięcéj odpowiadające stosunkom prawidłowym, za podstawę i porównywać będziemy z niem inne, to znajdziemy, że w doświadczeniu ósmem różnica ilości płynu wlanego a wyciekłego w ciągu sekundy jest o 1·3 ctm. sz. większą od prawidłowéj czyli że zastój żylny odpowiadający téj liczbie powstał li tylko przez podwiązanie żyły. Wśród podwiązania żyły i równoczesnem pionowem ustawieniu kończyny otrzymujemy mniejszą różnicę, bo tylko o 0·4 —0·6 większą od prawidłowej; krążenie jednak zwolniło się znacznie, okoliczność, o któréj niżéj jeszcze pomówimy. Przyspieszenie krążenia, które uwidocznia się na 15 doświadczeniu, dowodzi, że krążenie odbywa się po usunięciu podwiązki z żyły dwojaką drogą: prawidłową i nowo wytworzoną wskutek niedomykalności zastawek i t. p.

Doświadczenie II. Zwłoki 30-letniego mężczyzny zmarłego z zapalenia płuc. Przygotowano je w ten sam sposób, jak w poprzedniem doświadczeniu; rurkę założono również do tętnicy biodrowéj zewnętrznéj prawéj, podwiązkę zaś założono na żyle nad poprzecznem ramieniem kości łonowéj od strony jamy brzusznéj. Do doświadczenia użyto czystéj terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga
1	1	—			160	130	
2	1	—			65	435	
3	1	—			64	470	
4	1	—			61	460	
5	1	—			58	475	
6	1	—			52	450	
7	1	—			45	470	
8	1	—			45	470	
9	1	—			46	480	
10	—	1	500	60	50	430	
11	—	1			48	440	
12	—	1			48	460	Wskutek ustawienia pionowego wyciekło prócz tego 180 ctm. sześć.
13	—	1			128	465	Kończ. ust. pionow.
14	—	1			110	440	Kończyna ustawiona pod kątem 45°
15	—	1			105	450	
16	—	1			95	465	„
17	—	1			118	440	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy żyle wolnéj	10·8 ctm. sz.,	10·4 ctm. sz.	0·4.
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	10 4	9·6	0 8.
Nr. 13. Przy podw. żyły i pionowem ustaw. kończyny	3·9	3·6	0·3.
Nr. 16. Przy podw. żyły i ukośnem ustaw. kończyny	5·2	4·9	0·3.

Doświadczenie III. Zwłoki 26-letniej kobiety zmarłéj na otok z odmą piersiową gruźliczy po prawéj stronie (*Pyopneumothorax tuberculosus dexter.*). Przygotowania też same jak w poprzednich doświadczeniach. Użyto również terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm sześć	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			78	150	
2	1	—			66	325	
3	1	—			59	350	
4	1	—			55	350	
5	1	—			52	360	
6	1	—			52	370	
7	1	—			45	310	
8	1	—			44	345	
9	1	—	500	54	42	340	
10	1	—			42	340	
11	—	1			45	310	
12	—	1			47	345	
13	—	1			46	340	
14	—	1			45	345	
15	—	1			45	350	Kończyna ustawiona pod 45°
16	—	1			45	340	
17	1	—			44	345	Kończ. ust. poziom.
18	1	—			42	370	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 6. Przy żyle wolnéj	9·6 ctm. sz.,	7·1 ctm. sz.	2·5.
Nr. 10. „	11·9	8·0	3·9.
Nr. 14. Przy podwiązaniu żyły	11·1	7·6	3·5.
Nr. 16. Przy podw. żyły i podniesieniu kończyny	11·1	7·5	3·6.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj	11·1	7·8	3·3.

Doświadczenie IV. Zwłoki 40 letniego mężczyzny zmarłego z zapalenia płuc nieżytowego, przewlekłego, obustronnego. Przygotowania do doświadczenia i wykonanie zupełnie takiesame jak w poprzednich razach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			215	450	
2	1	—			180	450	
3	1	—			166	440	
4	1	—			145	490	
5	1	—			145	480	
6	1	—			135	480	
7	1	—			135	480	
8	—	1	500	56	155	430	
9	-	1			150	470	
10	—	1			140	460	
11	—	1			135	460	
12	—	1			205	500	Kończyna ustawiona pod kątem 45°
13	—	1			195	450	
14	—	1			190	420	„
15	1	—			185	470	„
16	1	—			185	470	„
17	1	—			120	450	Kończ. ust. poziom.

Przy obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5, Przy żyle wolnéj	3·4 ctm. sz.,	3·3 ctm. sz.	0·1.
Nr. 6. „	3·7	3·5	0·2.
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	3·7	3·4	0·3.
Nr. 14. Przy podw. żyły i podniesieniu kończyny	2·6	2·2	0·4.
Nr. 15. Przy wolnéj żyle i podniesieniu kończyny	2·7	2·5	0·2.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj	4·1	3·7	0·4.

Doświadczenie V. Zwłoki 22 letniéj kobiety zmarłéj z zapalenia ropnego otrzewnéj *(peritonitis suppurativa)*. Przygotowanie zupełnie jak w poprzednich doświadczeniach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci.	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.
1	1	—			90	750
2	1	—			103	950
3	1	—			120	1000
4	1	—			102	1000
5	1	—			80	1000
6	1	—			80	1000
7	1	—	1000	140	82	1000
8	—	1			95	670
9	—	1			98	730
10	—	1			98	800
11	—	1			98	680
12	-	1			98	830
13	—	1			98	820
14	1	—			86	1020
15	1	—			80	1050

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 6. Przy żyle wolnéj	12·5 ctm. sz.,	12·5 ctm. sz.	0
Nr. 7. „	12·2	12·2	0
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	10·2	8·4	1·8
Nr. 13. „	10·2	8·3	1·9.

Doświadczenie VI. Zwłoki 60 letniego mężczyzny zmarłego z udaru mózgowego. Doświadczenie przeprowadzono zupełnie jak poprzednie.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie ż żyły głównéj w ctm. sześć	Uwaga.
1	1	—	1000	100	110	830	
2	1	—			45	350	
3	1	—			43	435	
4	1	—			40	440	
5	1	—			38	430	
6	1	—			36	410	
7	1	—			34	400	
8	1	—			34	410	
9	1	—			34	430	
10	—	1			38	320	
11	—	1	500	98	37	370	
12	—	1			36	340	
13	—	1			35	320	
14	—	1			35	310	
15	—	1			34	300	
16	—	1			34	330	
17	—	1			33	335	kończyne równocześnie lekko masow.
18	1	—			30	360	
19	1	—			30	390	

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy wolnéj żyle	14·7 ctm. sz.,	12·6 ctm. sz.	2·1.
Nr. 14. Przy podwiązaniu żyły	14·7	9·7	5·0.
Nr. 17. Przy podw. ż. i równoczesnem masowaniu	15·1	10·1	5·0.
Nr. 18. Przy wolnéj żyle	16·6	12·0	4·6.
Nr. 19. „	16·6	13·0	3·6.

Doświadczenie VII Zwłoki 26 letniéj kobiety zmarłéj z zapalenie płuc dławcowego. Przygotowania takiesame jak w poprzedzających doświadczeniach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			58	325	
2	1	—			38	500	
3	1	—			31	465	
4	1	—			30	485	
5	1	—			29	500	
6	1	—			25	450	
7	1	—			25	450	
8	1	—			24	455	
9	1	—			24	490	
10	1	—			23	470	
11	1	—			22	470	
12	—	1			27	340	
13	—	1			28	370	
14	—	1			28	355	
15	—	1			29	355	
16	—	1			27	360	
17	-	1	500	105	27	320	
18	—	1			26	340	
19	—	1			27	350	
20	—	1			27	350	
21	—	1			26	370	
22	—	1			27	325	Kończyne masowan.
23	—	1			28	380	„
24	—	1			28	360	„
25	1	—			16	560	
26	1	—			18	510	
27	1	—			18	510	
28	1	—			18	490	
29	1	—			18	480	
30	1	—			18	500	
31	1	—			18	480	
32	—	1			26	220	
33	—	1			30	370	
34	—	1			30	370	
35	—	1			26	340	

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy wolnéj żyle	20·8 ctm. sz.,	20·4 ctm. sz.	0·4.
Nr. 11. „	22·7	21·3	1·4.
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	18·5	12·9	5·6.
Nr. 21. „	19·2	14·2	5·0.

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 24. Przy podw. żyły i równoczesnem masowaniu	17·8 ctm. sz.,	12·8 ctm. sz.	5·0.
Nr. 28. Przy wolnéj żyle	27·7	27·1	0·6.

Doświadczenie VIII. Zwłoki 27 letniego mężczyzny zmarłego na zapalenie nerek. Przygotowania zupełnie jak w poprzednich doświadczeniach. Jako płynu użyto nafty.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównej, w ctm. sześć.
1	1	—			35	420
2	1	—			28	500
3	1	—			28	500
4	1	—			26	500
5	1	—			26	500
6	1	—			22	480
7	1	—			22	500
8	1	—			22	500
9	—	1			28	400
10	—	1			26	420
11	—	1			29	420
12	—	1			28	480
13	—	1	500	98	26	500
14	—	1			24	460
15	—	1			23	470
16	—	1			22	480
17	—	1			22	460
18	1	—			20	550
19	1	—			15	500
20	1	—			18	480
21	1	—			19	500
22	1	—			17	480
23	1	—			18	470
24	1	—			18	450
25	1	—			17·5	480

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5. Przy żyle wolnéj	19·2 ctm. sz.,	19·2 ctm. sz.	0
Nr. 8. "	22·7	22·7	0
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	17·2	14·4	2·8.
Nr. 12. "	17·8	17·1	0·7.
Nr. 13. "	19·2	19·2	0
Nr. 14. "	20·8	19·1	1·7.
Nr. 16. "	22·7	21·8	0·9.
Nr. 20. Przy żyle wolnéj	27·7	26·6	1·1.
Nr. 21. "	26·3	26·3	0
Nr. 22. "	29·4	28·2	1·2.

Doświadczenie IX. Zwłoki miernie opuchłe 25-letniego mężczyzny zmarłego z powodu wady serca. Żyłę odsłonięto od strony kończyny tuż po pod więzem Pouparta. Inne przygotowania jak w poprzednich doświadczeniach. Wlewano naftę.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównej, w ctm. sześć.
1	1	—			28	500
2	1	—			28	500
3	1	—			32	500
4	1	—			32	450
5	1	—			28	500
6	1	—			32	500
7	—	1			45	250
8	—	1			50	425
9	—	1			50	400
10	—	1			48	400
11	—	1			45	380
12	—	1	500	125	48	400
13	—	1			35	400
14	—	1			35	400
15	—	1			35	400
16	—	1			33	400
17	—	1			33	400
18	1	—			15	600
19	1	—			20	550
20	1	—			22	550
21	1	—			22	500
22	1	—			22	500

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5. Przy wolnéj żyle	17·8 ctm. sz.,	17·8 ctm. sz.	0
Nr. 6 "	15·6	15·6	0
Nr. 10. Przy podwiązaniu żyły	10·4	8·3	2·1.
Nr. 11. "	11·1	8·4	2·7.
Nr. 13. "	14·2	11·4	2·8.
Nr. 16. "	15·1	12·4	3·0.
Nr. 21. Przy żyle wolnéj	22·7	22·7	0

Doświadczenie X. Zwłoki 25 letniego mężczyzny zmarłego na gruźlicę. Przygotowania zwykłe. Do wlewania użyto mięszaniny równych części terpentyny i oleju lnianego.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj w ctm. sześć.
1	1	—			180	200
2	1	—			210	300
3	1	—			210	300
4	1	—			180	300
5	1	—			165	280
6	1	—			165	300
7	1	—			150	290
8	1	—			150	300
9	—	1			150	300
10	—	1	500	80	220	275
11	—	1			180	285
12	—	1			150	250
13	—	1			180	275
14	—	1			180	300
15	—	1			160	250
16	—	1			160	250
17	—	1			160	250
18	1	—			120	300
16	1	—			100	250
20	1	—			100	250

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 4. Przy żyle wolnej	2·7 ctm. sz.,	1·6 ctm. sz.	1·1.
Nr. 9. "	3·3	2·0	1·3.
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	2·7	1·5	1·2.
Nr. 12. "	3·3	1·6	1·7.
Nr. 14. "	2·7	1·6	1·1.
Nr. 15. "	3·1	1·5	1·6.

Jeżeli przyjrzymy się dokładnie liczbom uzyskanym, dojdziemy do następującego rezultatu: Dopływ płynu, względnie krwi, do kończyny nie doznaje wskutek podwiązania żyły udowéj we wysokości ramienia poprzecznego kości łonowéj w przeważnéj liczbie przypadków albo wcale żadnego albo doznaje tylko nieznacznego zaburzenia; jeżeli zaś jest jakie utrudnienie, to ono wkrótce się wyrównywa. Tylko w wyjątkowych przypadkach (doświadczenie V. i VII.) przeszkoda w krążeniu, powstała wskutek podwiązania żyły, uwidocznia się także przez utrudnianie i zwolnienie dopływu.

Podobnie i odpływ do żyły głównéj dolnéj w niektórych przypadkach albo nie zaburza się wcale wskutek podwiązania żyły udowéj we wysokości ramienia poprzecznego kości łonowéj albo też udaje mu się łatwo i szybko znieść i ominąć napotkane trudności. (Doświadczenie III, IV, X i częściowo VIII). W innych zaś przypadkach odpływ doznaje stałego upośledzenia, co prowadzi do zastoju w krążeniu, uwydatniającego się jako różnica między dopływem a odpływem.

Zastój wywołany dodwiązaniem żyły nie przekroczył jednak w żadnem z naszych doświadczeń $^{1}/_{5}$ części wartości [1])

---

[1]) Cyfry te obliczano w sposób następujący: Użyjmy za przykład doświadczenia I-go: Różnica pomiędzy dopływem a odpływem przy podwiązaniu żyły wynosi 2·0, ponieważ jednak taż różnica przy żyle wolnéj, a więc w warunkach odpowiadających stanowi prawidłowemu, z przyczyn, nad któremi bliżéj

dopływu (doświadczenie Nro VI, VII, IX), w doświadczeniu V-tem odpowiadał $^1/_6$, w I-szem $^1/_7$, a w II-giem nawet $^1/_{26}$ dopływu.

Czy tego rodzaju zastój w krążeniu w kończynie mógłby się stać niebezpiecznym, tego na podstawie swych doświadczeń nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć. Zważywszy jednak, że na początku każdego doświadczenia zastój bywał zawsze większym, to jest ilość cieczy wypływającéj była mniejszą na początku, niż przy końcu doświadczenia, skłaniamy się do przypuszczenia, że na żywym zastój w krążeniu, wykazany doświadczeniami, powoli się wyrówna, wobec prawidłowéj czynności serca i prawidłowego ciśnienia krwi w układzie tętniczym.

Zawieszenie pionowe i ukośne (pod kątem 45°) ułożenie kończyny wpływa niezaprzeczenie w każdym przypadku dodatnio na odpływ. Równocześnie jednak utrudnia widocznie przypływ płynu (względnie krwi) do operowanéj kończyny a przeto i całe krążenie. Należałoby więc użyć tego zabiegu li tylko wtedy, gdy podwiązano żyłę udową u osobnika zresztą zupełnie zdrowego. Wobec bowiem słabszéj czynności serca, utrudnienie krążenia przez suspenzyę w kończynie, w któréj ono już i tak z powodu samego podwiązania jest upośledzone, mogłoby pociągnąć za sobą niebezpieczeństwa, które znacznie przewyższyłyby korzyści, uzyskane z ułatwienia odpływu. Po mięsieniu kończyny nie widzieliśmy w żadnym przypadku korzystnego wpływu odnośnie do zajmującego nas pytania. Rozumie się samo przez się, że mięsiono kończyny we wszystkich przypadkach, których to dotyczy, nader ostrożnie i łagodnie, by nie sprowadzić pęknięć ścian naczyń płynem przepełnionych.

W rezultacie niniejszéj pracy doszliśmy do przekonania, że w praktyce wszędzie tam, gdzie krwawienia z żyły udowéj nie można zatrzymać ani tamponowaniem ani bocznem podwiązaniem, wskazanem i usprawiedliwionem jest podwiązanie żyły co właśnie wymienionéj.

Niechaj nam wolno będzie w tem miejscu wyrazić szczere podziękowanie Wielmożnemu Prof. Drowi L. Teichmannowi za światłe i uprzejme rady, jakoteż za chętne pozwolenie nam korzystania z materyału zakładu anatomii opisowéj w Krakowie.

III. Z powszechnego szpitala w Żywcu.

Przypadek połogowego rozmiękczenia kości, uleczony przez wytrzebienie.

Podali

Dr. C. Podgórski, prymaryusz szpitala. i Dr. W. Harajewicz, lekarz chorób kobiecych w Krakowie [1].

W dniu 23. lutego 1892 roku przywieziono do szpitala powszechnego w Żywcu Annę W., liczącą lat 45, z Radziechowa, zamężną. Badanie choréj okazało co następuje:

Wywiady: Od dzieciństwa nie przebywała żadnych ciężkich chorób, o dziedziczności żadnej choroby nie umie nic powiedzieć. Regularność wystąpiła w 17. roku życia, przychodziła w jednakowych odstępach czasu, bywała skąpa i nie bolesna. W kilka miesięcy po pojawieniu się peryodu wyszła za mąż, zaraz zastąpiła i w 18. roku życia powiła pierwsze dziecię. Wogóle odbyła 12 porodów. Nie roniła nigdy.

Wszystkie porody odbywały się łatwo, siłami natury, a dzieci przychodziły na świat czasowe, nie chowały się jednak wszystkie, gdyż 5-ro, młodszych szczególnie, pomarło wieku od $1^1/_2$ roku do 5 lat, a jak matka podaje z powodu „konwulsyi“ (dokładniéj objawów chorobowych nie umie określić). Dzieci wszystkie karmiła własną piersią przez przeciąg 12 do 15 miesięcy za każdym razem. Podczas 10. ciąży, t. j. przed $5^1/_2$ laty, cierpiała przez kilka ostatnich tygodni na ogólną opuchlinę, która ustąpiła bezpośrednio przed samym porodem wśród objawów uporczywéj biegunki; w parę dni jednak po porodzie wystąpiła na nowo i trwała przez kilka tygodni. To dziecię karmiła przez $1^1/_2$ roku a w 2 lata po tym porodzie nastąpił jedenasty. Wśród téj ciąży, t. j. przed $3^1/_2$ laty, poczęła od 7. miesiąca doznawać bólów w kości krzyżowéj i w kościach miednicznych tak, że zmuszoną była ostatnie dwa miesiące spędzić w łóżku. Dziecko urodziło się łatwo, było zdrowe, matka karmiła je sama, ale przez pierwsze dwa miesiące po porodzie musiała leżeć z powodu strzykających bólów w kościach miednicy, potęgujących się przez ruchy nóg.

Zwolna przychodziła do siebie, bóle ustąpiły zupełnie i wśród regularności, która się trzy razy pokazała, nie zauważyła żadnego pogorszenia. Przed $2^1/_4$ rokiem zastąpiła po raz dwunasty. Do połowy ciąży czuła się bardzo dobrze, ale podczas całéj drugiéj połowy nie opuszczała łóżka z powodu mocnych bólów, ograniczonych do saméj tylko miednicy, które przy usiłowaniu chodzenia stawały się nieznośnemi. Poród odbył się łatwo, chociaż już wolniéj aniżeli poprzednie, a płód przyszedł na świat bez żadnéj pomocy i żywy. Karmiła go przeszło rok. Przez ten czas bóle ciągle trwały chociaż z mniejszem nasileniem tak, że mogła się jeszcze zajmować i domem; polepszenia jednak nie uważała, a po odstawieniu dziecięcia, tj. od trzech miesięcy, stały się mocniejszemi tak dalece, że chora zupełnie ustać nie mogła, a od dwa miesięcy nawet wśród spokojnego leżenia zaczęły się pojawiać gwałtowne strzykające bóle w kościach kończyn górnych i klatki piersiowéj. Przez ten czas pojawiła się 2 razy regularność, zawsze trzy dni trwająca, przyczem chora nie zauważyła żadnéj zmiany w bólach.

Gośćca stawowego nie przebywała, upławów uporczywych ani biegunki nie miewała. Żyła wprawdzie ubogo, bo mięso jadała nader rzadko, ale używała tej saméj strawy, jaką się karmią wogóle kobiety w jéj stronach a stanowiła między niemi odosobniony przypadek choroby. Apetyt miewała mierny, napojów wyskokowych nigdy nie nadużywała, mieszkanie zaś miała suche.

Stan obecny. Budowa i odżywienie liche, wzrost średni, skóra blada, błony śluzowe niedokrewne, tkanki tłuszczowéj prawie zupełny brak. Wyraz twarzy zdradza cierpienie. Wypukowy odgłos nad płucami jawny, granice ich dolne obniżone o jeden przestwór międzyżebrowy. Przysłuchem daje się stwierdzić rozległy nieżyt oskrzelowy, dający od kilku tygodni powód do kaszlu, nader uciążliwego dla choréj, dotkniętéj nieznośnemi bólami w kościach klatki piersiowéj. Tony serca czyste, głuche. Wymiary serca prawidłowe, tętnica miękka, tętno małe.

Brzuch wzdęty, niebolesny, w okrężnicy zstępującéj wybadać można kał, chora bowiem od czasu leżenia oddaje stolec co 3 lub 4 dni. Narządy jamy brzusznéj bez zmian chorobowych. Mocz oddaje w ilości od 1500 do 1800 gramów na dobę. Szczegółowy jego rozbiór chemiczny, wykonany łaskawie przez Dra J. Opieńskiego w Krakowie, nie wykazał żadnych nieprawidłowych części ani też wybitnego zmniejszenia lub zwiększenia zwyczajnych składników.

---

rozwodzić się nie myślimy, wynosi 7 0, to na karb podwiązania żyły przypada zastoina w ciągu sekundy wynosząca 2·0—0·7=1·3 ctm. sześciennych, co przy dopływie 9 ctm. sz.na sekundę stanowi (9·0 : 1·3 = 6·9) w przybliżeniu $^1/_7$ dopływu.

[1]) Uprzejmemu zaproszeniu kolegi i przyjaciela Dra Podgórskiego zawdzięczam wykonanie tej operacyi, za co Mu na tem miejscu serdecznie dziękuję. *Dr. Harajewicz.*

Kościec przedstawia znaczne i wybitne zmiany chorobowe: Stos kręgowy, począwszy od 2-go kręgu piersiowego, skończywszy na pierwszym lędźwiowym, jest kabłąkowato wygięty ku tyłowi. Wygięcie to, prawdopodobnie nawykowe, daje się sprostować tylko częściowo przez uciskanie dłonią. Część lędźwiowa kręgosłupa wygięta jest tak znacznie ku przodowi, że tworzy ostry kąt z kością krzyżową nieckowato ku tyłowi wypukłą a której najznaczniejsze skrzywienie ku tyłowi przypada na 3 ci krąg. Inne kości miednicę składające są bardzo znacznie zniekształcone; mianowicie talerze kości biodrowych są tak znacznie kątowato zgięte, że rowek Kiliana można łatwo od wnętrza wybadać. Ramiona poziome kości łonowych zbiegają się razem w kształcie ostrego dzióba. Przez badanie wewnętrzne przekonać się można, że ramiona zstępujące kości łonowych są znacznie do siebie zbliżone u góry, siedzeniowe stoją od siebie zaledwie na 3 ctm. tak, że badanie wewnętrzne jest bardzo utrudnione.

Wymiary miednicy są następujące:

Obwód miednicy	74	ctm.
Odległość kolców biodr.	23	„
„ grzebieni „	26	„
„ krętarzy	27	„
Wymiar prosty zewn.	17	„
„ przekątny	11	„

Macica, nieco niżej położona, w ułożeniu prawidłowem, żadnych zboczeń zresztą nie przedstawia. Jajniki wymacać się dające badaniem oburęcznem są nieco obniżone i za ugniataniem lekko bolesne. Kości miedniczne miękkie uginają się pod miernym uciskiem, co również można zauważyć i na kościach kończyn. Wszystkie kości, z wyjątkiem twarzowych i czaszkowych, są tak bolesne, że chora przy ucisku nie może się wstrzymać od krzyku.

Ból równie mocny wywołują nietylko ruchy, n. p. usiłowanie stąpienia lub przewrócenia się na bok, ale nawet wśród spokojnego leżenia tak dotkliwie dokuczają szczególniéj w miednicy i klatce piersiowéj, że chora na wspomnienie, iż operacya, chociaż względnie niebezpieczna, może ją uwolnić od dolegliwości, zgadza się na nią najchętniéj.

Ulegając życzeniu choréj, wykonaliśmy operacyę dnia 2. kwietnia 1892 roku w uśpieniu chloroformowem i w ułożeniu Trendelenburga. Przy operacyi pomagał nam łaskawie Dr. J. Szajna, c. i k. lekarz powiatowy w Żywcu. Warunki, w jakich się u nas znajdują prowincyonalne szpitale, dozwoliły nam przeprowadzić tylko ścisłą antyseptykę, gdyż o dokładną aseptykę było dosyć trudno.

Po otwarciu jamy brzusznéj cięciem na 7—8 ctm. długiem, w linii środkowéj, po nad samem spojeniem łonowem, i po odszukaniu jajników nieco niżéj położonych, zupełnie wolnych, okazało się, że barwa ich jest zupełnie prawidłowa i że nie ma w nich żadnego przekrwienia. Naczynia przebiegające na ich powierzchni zachowywają się prawidłowo. Lewy jajnik jest nieco większy aniżeli prawy, który jest prawidłowéj wielkości. Nadto na powierzchni pierwszego można widzieć gdzieniegdzie wzniesione miejsca półkoliste, od wielkości połowy groszku okrągłego, do rozmiarów połowy fasoli.

Więzadła i naczynia jajników podwiązano pętlicowato za pomocą tępych igieł Dechampsa i nad podwiązkami odcięto tak, że jajniki zostały w całości wyjęte. Przekonawszy się, że nie ma żadnego krwawienia z szypuł, i zeszywszy brzegi błony surowiczéj nad powierzchnią przeciętą szwem kuśnierskim, katgutowym, zagłębiono, je i zamknięto następnie jamę brzuszną. Brzegi otrzewny zaspojono szwem kuśnierskim katgutowym a powłok brzusznych szeregiem głębokich szwów węzełkowych, jedwabnych. Opatrzenie antyseptyczne. Operacya wraz z uśpieniem trwała 20 minut.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Raz tylko jedyny w 4 godziny po operacyi podniosła się ciepłota na chwilę do 38·4, zresztą nie przekroczyła 37·4. Rana zagoiła się przez rychłozrost w przeciągu 7 dni, o czem przekonano się po otwarciu opatrzenia. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Jaworowski: **Rocznik farmaceutyczny.** Tom I. Warszawa 1893. Nakład A. Jaworowskiego i W. Miłaszewskiego. (Skład główny u A. Jaworowskiego w Rożyszczach w gub. wołyńskiéj).

Szybki postęp nauk przyrodniczych i lekarskich sprawia, że człowiek oddany ich praktycznemu zastosowaniu na jakiemkolwiek polu nie może podążyć za nim tak łatwo, bo mu brak i czasu i dzieł odpowiednich. Dlatego bardzo są pożądane i przydatne wydawnictwa obznajmiające krótko i treściwie z najważniejszemi zdobyczami nauki i techniki a zarazem zawierające w sobie zbiór wiadomości nieraz bardzo przydatnych w nagłych przypadkach, wiadomości łatwo zacierających się w pamięci. Dlatego to cieszą się za granicą wielkiem powodzeniem kalendarze zawodowe i roczniki z krótkiemi zdaniami sprawy o najnowszych postępach w pewnych działach nauk stosowanych. Ażeby w téj mierze zaradzić życzeniom polskich farmaceutów, opracowali autorowie rocznik, z którego zdajemy sprawę, w którym umieścili bardzo wiele rzeczy przydatnych nietylko dla aptekarza, ale i dla lekarza; że tu wymienimy n. p. nowe leki zalecone w r. 1891, ich odczyny i próby, leki zalecone w r. 1890, rzecz o kefirze, krótką wskazówkę do badań sądowo chemicznych, badania moczu i artykułów spożywczych, do pomocy w nagłych przypadkach, zamianę wag aptekarskich na dziesiętne i handlowe i notatnik na wszystkie dnie w roku.

Ponieważ i strona zewnętrzna rocznika jest bardzo staranna, przeto polecamy pracę, o któréj mowa, uwadze osób interesowanych i życzymy wydawnictwu jak najlepszego powodzenia. *D.*

A. Jurasz, prof. w Heidelbergu: **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** *Klinische Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt in der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke.* Heidelberg, Carl Winter 1891.

Przed kilkunastu miesiącami wyszedł z druku zeszyt trzeci a zarazem ostatni powyższego dzieła, zawierającego 527 stronnic i ozdobionego kilkunastu drzeworytami. Autor podaje swe doświadczenia oparte na mniéj lub więcéj 4000 przypadków chorobowych spostrzeganych w klinice ambulatoryjnéj w Heidelbergu od r. 1882 do 1890. W krótkiéj przedmowie szkicuje historyę rozwoju tej kliniki i trudności, z jakiemi miał do walczenia, nim doszła do stanu, w jakim się dziś znajduje. Dzieło ma formę zdania sprawy klinicznego i statystycznego, w którem choroby różnych narządów mieszczą się w osobnych rozdziałach. Oprócz obrazu klinicznego takiego, jaki przedstawiał się w spostrzeganych przypadkach, zestawia autor bardzo dokładnie statystykę tych chorób podług liczby i komplikacyi, wieku, rodzaju i zatrudnienia chorych, omawia szczegółowo leczenie w klinice, wreszcie wyraża często zdanie swe osobiste o wielu sprawach, co do których dzielą się zapatrywania specyalistów. Wiele historyj chorób, wybitniejszych lub rzadszych, przyczynia się do urozmaicenia dzieła i posłużyć może za wzór pod względem dokładności i jasności.

Nie mogąc podać tu szczegółowo treści téj wielce zajmującéj pracy, wspomnę tylko o kilku ustępach.

W zeszycie I-ym omawia autor w 18 rozdziałach choroby nosa. Krup błony śluzowéj nosa uważa za osobną chorobę, nie mającą z błonicą nic wspólnego. Nieżyt przewlekły tejże błony śluzowéj dzieli na: 1) *catarrhus chron. diffusus simplex*, 2) *catarrh. chron. hypertrophicus*, 3) *catarrh. chron. atrophicus*, 4) *Ozoena.* Tę ostatnią formę odnosi do nieprawidłowości sekrecyi, przyczem wydzielina już przy wyjściu z gruczołów jest patologicznie zmieniona; uważa ją atoli za wyleczalną, byle tylko wytrwałość lekarza i chorego dopisała; zaleca zaś obok przepłukiwań nosa zakładanie tamponów zwilżonych 2% rozczynem kwasu karbolowego. Liczne zboczenia w funkcyi nosa przypisuje J. skrzywieniom i wyroślom przegrody nosowéj, mianowicie jéj części chrząst

kowéj, na których leczenie kładzie nacisk, podając kilka sposobów operowania.

O przebiciach przegrody nosowéj, które z wyjątkiem jednego przypadku odnosiły się zawsze do części chrząstkowéj, mówi, że ich najczęstszą przyczyną jest kiła, rzadko liszaj żrący (*lupus*), rynolity lub polipy. Pierwotnego wrzodu przeszywającego przegrodę nosową (*ulcus septi narium perforans*), opisanego przez Voltoliniego, nie widział nigdy i nie wierzy, aby mógł powstać u człowieka, zresztą zdrowego, jedynie z częstego drapania. W krwotokach nosowych zaleca wstrzykiwanie zimnéj wody lub tamponowanie suche lub z chlorkiem żelaza; ostrzega przed przyżeganiem miejsc krwawiących kamieniem piekielnym albo galwanokauterem, twierdząc wbrew wielu autorom, że więcéj szkodzi niż pomaga i że przykładanie hubki zazwyczaj odnosi pożądany skutek. (Referent nie widział nigdy szkody z umiarkowanego i ostrożnego przyżegania galwanokauterem lub kw. azotowym dymiącym miejsc krwawiących, dla oka przystępnych, nawet na przegrodzie nosowéj.

Zeszyt II gi, obejmujący 16 rozdziałów, ma za przedmiot choroby gardziela. J. rozróżnia następujące formy ostrego zapalenia migdałków: 1) *Tonsillitis acuta simplex*, 2) *Tonsillitis lacunaris*, 3) *Tonsillitis phlegmonosa*, 4) *Peritonsillitis phlegmonosa*. Pojęcie *pharyngitis chronica* jest według J. zbiorowem i zawiera kilka postaci chorobowych, które należy ściśle odróżniać, chociaż nierzadko równocześnie obok siebie istnieć mogą. Tu zalicza: 1) *Pharyngitis diffusa*, 2) *Pharyngitis sicca*, 3) *Pharyngitis follicularis* (*granulosa*); a według umiejscowienia rozróżnia jeszcze 4) przewlekły nieżyt jamy nosogardłowéj i 5) *Pharyngitis chron. retroarcualis*. W osobnym rozdziale omawia *Tonsillitis chron. hypertrophica*, którą uważa częstokroć za wrodzoną. Również obszernie omawia gruczolaki połyku (*adenomata pharyngis*) czyli rozrost tkanki gruczołowatéj, które operuje za pomocą szczypczyków własnego pomysłu. W dalszym ciągu podaje 3 przypadki grzybicy połyku łagodnéj (*pharyngomycosis benigna*), którą pierwszy B. Fränkel opisał. Miejscowe leczenie roztworem nikotynu nieźle stosunkowo działało.

Zeszyt III-ci, więcéj, niż połowę książki zajmujący, składa się z 16 rozdziałów i zawiera opis chorób krtani i tchawicy. Obok wad utworowych, jak niesymetryczność, skrzyżowanie się chrząstek nalewkowych przez zwrócenie jednej strony bardziej ku tyłowi, bez zmian w funkcyi narządu, obserwował autor dotychczas nieopisany przypadek, w którym znalazł wrodzone narośle wychodzące z obu kątów ust ku jamie ustnej i podobne mniejsze prawidłową błoną śluzową pokryte symetrycznie od podstawy chrząstek nalewkowych z każdej strony wychodzące, a nad więzadłami ku jamie krtani sterczące. W ostrym nieżycie krtani widział J. wrzody nieżytowe, których istnienia zaprzeczają niektórzy, jak Virchow i Schrötter. Przewlekły nieżyt dzieli podług klinicznych objawów na *laryngitis chron. diffusa* i *laryngitis sicca*. W pierwszej może być cała błona śluzowa jednako zajęta lub też jej części przeważnie lub wyłącznie. *Chorditis tuberosa* czyli t. zw. *trachoma laryngis* nie jest odrębną formą a mniejsze obrzmienie i przerost okolicy podwięzadłowej (*Laryngitis subglottica*) odnieść raczej należy do zapalenia ochrząstny *perichondritis*) chrząstki obrączkowej albo do skazy kiłowej lub gruźliczej. *Laryngitis sicca* polega na nieprawidłości wydzielania, które się objawia szczególnie skłonnością sekrecyi do zaschnięcia. Omawiając leczenie nieżytu przewlekłego krtani oddaje wyższość z pomiędzy środków ściągających roztworom chlorku cynku, którego chętniej używa, niż azotanu srebra.

W rozdziale o gruźlicy krtani powiada autor, że miejscowa niedokrewność nie jest bardzo ważną cechą rozpoznawczą; natomiast udało mu się kilkakrotnie spostrzegać gruzełki prosówkowe w krtani, które rozpadając się tworzyły prosówkowe wrzodziki, zlewające się później w większe wrzody, co potwierdza dawniejsze spostrzeżenia Türcka, B. Fränkla, Stoerka i innych. W leczeniu główny nacisk kładzie na ogólną terapią i oszczędzanie chorego narządu przez zakaz mówienia; miejscowo najchętniej stosuje kw. borowy i jodol. Skutki leczenia kw. mlekowym nie zadowolniły J. tak, jakby się tego można spodziewać po spostrzeżeniach innych autorów (Krause, M. Schmidt, Heryng, Schrötter i Gottstein). W dalszym ciągu podaje wskazania do zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy krtani, podnosząc zasługi w niem M. Schmidta i Herynga, wreszcie zaleca leczenie galwanokaustyczne szczególnie nacieków i wybujałości gruźliczych tylnej ściany krtani i fałdu międzynalewkowego. Jako rzadkość opisuje 2 przypadki promienicy i jeden przypadek pierwotnej *perichondritis laryngea descendens*. Nowotworom krtani poświęca J. obszerny rozdział, również nerwicom. Obydwa te rozdziały odznaczają się jasnością i dokładnością starannie uporządkowanych historyi chorób. Autor przytacza ciekawy przypadek, w którym u dorosłego pijaka za każdym razem po zjedzeniu żywego raka, ulubionej przez niego potrawy, występował skurcz głośni.

Dzieło, zakończone krótkiem zestawieniem spostrzeganych chorób tchawicy pisane jest stylem łatwym i świadczy o nader sumiennem zużytkowaniu statystyki i materyału chorobowego. Obok nienagannej formy zewnętrznej zawiera ono tyle cennych spostrzeżeń i praktycznych wskazówek, że nietylko dla specyalisty, ale i dla lekarza praktycznego stanowi wielce pożądane wzbogacenie literatury zawodowej.

Dr. Schoengut.

Chirurgija.

Prof. F. Koenig: O gruźliczem zwężeniu jelita i jego leczeniu.

Autor opisuje szczegółowo 5 własnych przypadków zwężenia jelita natury gruźliczéj, leczonych operacyjnie przez wycięcie zwężonego jelita na przestrzeni od 9—17 ctm. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią, w 3 pozostałych nastąpiło zupełne wyleczenie. Historye choroby, które autor przytacza, a zwłaszcza symptomatologia danego cierpienia przedstawiają tak wybitnie charakterystyczne cechy, że Prof. König nie waha się na zasadzie tych 5 przypadków, zbadanych rzeczywiście z całą gruntownością i ścisłością zarówno pod względem klinicznym, jako też i anatomo-patologicznym, skonstruować obrazu klinicznego choroby, dozwalającego w przyszłości rozpoznawać klinicznie zwężenie jelita natury gruźliczéj.

Zanim wystąpią groźniejsze objawy, trwa zazwyczaj przez dłuższy okres czasu cierpienie przewodu pokarmowego, objawiające się zaburzeniami stolcowemi; chorzy cierpią silne zatwardzenie; jeśli zaś stolec następuje, ma on konsystencyę i wejrzenie zupy grochowéj. Od czasu do czasu występują napady kolki, połączonéj niekiedy z wymiotami (nawet kałowemi), jednocześnie mocne wzdęcie brzucha. Wzdęcie to może być tylko częściowem; czasem widać przez powłoki brzuszne ruch robaczkowy wzdętego jelita a przy opukiwaniu takich okolic wywołać można stale bulkotanie. Gdy wzdęcie brzucha lub też pewnych części przewodu pokarmowego oraz ruch robaczkowy jelit dojdą do maximum a kolka znacznie się wzmoże, występują w brzuchu szmery o wybitnie muzycznéj cesze; szmery te kończą się zazwyczaj b a r d z o c h a r a k t e r y s t y c z n y m s z m e r e m, p r z y p o m i n a j ą c y m z u p e ł n i e s z m e r, p o w s t a j ą c y p r z y w y t ł a c z a n i u z e s t r z y k a w k i z a w a r t e g o w n i e j p ł y n u. Wkrótce po szmerze tym brzuch opada, kolka ustaje i następuje wypróżnienie. Obraz ten jest tak charakterystycznym, tak stale występuje w przypadkach gruźliczego zwężenia jelita, że uważać go należy za typowy dla omawianego cierpienia. Oczywiście rozpoznanie staje się jeszcze pewniejszem, jeśli i w innych organach można wykazać zmiany gruźlicze; często jednak gruźlica trzyma się przewodu pokarmowego.

Wycięte kawałki zwężonego jelita przedstawiały obraz również charakterystyczny dla gruźlicy, jako to gruzełki typowe, owrzodzenia i t. d.; samo zwężenie było we wszystkich przypadkach bardzo znaczne: woda, wlana do jelita doprowadzającego albo nie przechodziła wcale przez zwężenie albo też sączyła się kroplami; zwężenie było zazwyczaj stosunkowo długie ($1\frac{1}{2}$—6 ctm.) a w miejscu tem światło jelita było wysłane miękką ziarniną. Część jelita dopro-

wadzająca do zwężenia była oczywiście rozszerzoną, mięśnie przerosłe, część odprowadzająca zapadła, zanikła. W części doprowadzającej znajdywał Prof. Koenig w swoich przypadkach przed zwężeniem owrzodzenie gruźlicze; jestto fakt o tyle ważny, że dowodzi, iż zabliźnienie się owrzodzeń w jelicie, pociągające za sobą zwężenie jelita, bynajmniej nie jest ostatnim aktem sprawy chorobowéj, która niezależnie od wygojenia się w jednem miejscu, występuje z całem natężeniem w innem.

Rozróżnienie zwężenia jelita natury gruźliczéj od zwężeń powstałych po tyfusie, czerwonce lub też wskutek raka nie przedstawia według autora trudności. Znaczne zwężenia jelita po tyfusie lub czerwonce spotykają się przedewszystkiem bardzo rzadko w porównaniu ze zwężeniami gruźliczemi; powtóre zaś wiadomości o przebytéj chorobie mogą nam służyć za wskazówkę. Co się zaś tyczy zwężeń powstałych wskutek raka, to nie mogą w nich wystąpić owe charakterystyczne objawy obserwowane pod koniec kolki przy zwężeniu jelita gruźliczem z téj przyczyny, że 1) samo zwężenie nie bywa wobec raku ani tak długiem i wązkiem a zarazem światło miejsca zwężonego nie jest wysłane tak miękką tkanką, 2) elastyczność ściany jelita doprowadzającego nie jest tak dobrze zachowaną, jak w gruźlicy.

Rozpoznać więc można zwężenia jelita natury gruźliczéj przeważnie z największem prawdopodobieństwem. (*Deut. Zeitschrift für Chirurgie Bd.* 34. 1892). *K. Klecki.*

Terapija.

L. Sior: **Kalomel w przypadku marskości wątroby.**

Dzięki pracom prof. Sacharyna używano często kalomelu w ostatnich latach w marskości wątroby, nieraz ze znakomitym skutkiem, jak twierdzi Binz i Sacharyn, przez jego własności żółciopędne.

Opisany przypadek Dra Siora należy do bardzo pomyślnych i zachęca do dalszych prób w téj mierze. Chorego przyjęto do szpitala z końcem grudnia 1891 r.: wówczas wynosiły wymiary wątroby u niego 16 ctm. w linii środkowéj, $18^1/_2$ w sutkowéj, tak, że wątroba sięgała od 4. żebra w linii sutkowéj i na 3 ctm. poniżéj łuku żebrowego. Objawy zresztą inne, charakterystyczne dla marskości wątroby, wyłączały wszelką inną chorobę, zwłaszcza że chory zażywał poprzednio bez skutku jodek potasu. Podawano kalomel w ilości po 5 cntgr. 6 razy na dzień przez 3 dni a, po 3 dniowéj pauzie na nowo dawano kalomel. Leczenie takie stosowano przez 3 miesiące a skutek był tak dobry, że objawy chorobowe ustąpiły, wątroba zaś sięgała tylko od 6 żebra a wymiary jéj, były w porównaniu z poprzednimi 12 ctm. i $14^1/_2$ ctm. Śledziona, z początku choroby znacznie powiększona również o wiele się zmniejszyła.

Co do dawek kalomelu w marskości wątroby, to Dr. Sior dawał po 5 ctgr. 6 proszków dziennie przez pierwszy miesiąc a w drugim tylko po 4 razy dziennie. Prof. Sacharyn zaś radzi dawać po 6 ctgr. co godzinę a począwszy od 6, dawki co 2 godziny. Po pierwszem należytem wypróżnieniu zielonem radzi wstrzymać dalsze podawanie kalomelu. Jeżeli zaś 12 dawek kalomelu nie wywołało wypróżnienia, to poleca dać łyżkę oleju rącznikowego. Dr. Bossoni dawał po 0·4 na dzień i polecał przytem wyłącznie dyetę mleczną. Skutki także były bardzo dobre. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 52, 1892).

Analgen (orto-etoksy-ona-monobenzoylamido-chinolin) polecony przez Drów Loebella i Visa jako środek na choroby nerwowe a próbowany w klinikach w Fryburgu i Wrocławiu, ma uśmierzać ból w dawkach 0·5, 3·0, nawet 5·0 na dzień, zwłaszcza w nerwobólach, wiądzie pacierzowym, przewlekłem otruciu wyskokowem, gośćcu mięśniowym i dnie. Żadnych szkodliwych następstw nie wywołuje. Mocz zabarwia na różowo już w $^1/_2$ do godziny po zażyciu i czyni go odpornym na gnicie. W wodzie prawie się nie rozpuszcza i dlatego najlepiéj podawać go w opłatku. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 52, 1892).

Agatyn, jako środek przeciw bólom nerwowym polecony przez Dra E. Rosenbauma, jest połączeniem salicylu z metylfenylhidracynem odkryte przez Dra Roosa. Jestto proszek prawie bezbarwny z lekkim odcieniem zielonkawym, bez zapachu i smaku, w wodzie się nie rozpuszcza, natomiast rozpuszcza się w wyskoku i eterze.

Dr. Rosenbaum, jakoteż Drowie Laquer i Löwenthal polecają go w gośćcu stawowym i nerwobólach, w dawkach po 0·5 kilka razy dziennie, przyczem niema żadnego ubocznego działania i chorzy znoszą go dobrze. Podobnie jak i salicyl wywołuje on poty. (*Deut. med. Ztg.* Nr. 50, 1892).

Dr. J. Surzycki.

Choroby zakaźne.

Guyon: **O wpływie zaschnięcia na prątek choleryczny.**

G. wykazuje, iż hodowle prątków cholerycznych wyschłe na wolnem powietrzu zaledwie przez dni 3 zachowują swą żywotność, wysuszone zaś w suszarni (*exsiccator*) zdolne są dalszego rozwoju przez dni 120. Przypisuje tedy utratę żywotności nie wyschnięciu jako takiemu, lecz utlenieniu. (*Archives de médecine exper. et d'anatomie pathologique* 1892, Nr. 1).

N. Sackharoff: **Uproszczenie rozpoznawania bakteryologicznego błonicy.**

Hodowanie prątków błonicy przez szczepienie cząstek błon na skrzepłéj surowicy krwi jest manipulacyą dosyć kłopotliwą i niełatwą. Autor radzi hodować prątki błonicowe na skrawkach skrzepłego białka kurzego (z jaj dobrze na twardo ugotowanych przy zachowaniu ostrożności aseptycznych otrzymanych i pomieszczonych w wyjałowionych rurkach odczynnikowych). Hodowle uzyskane na téj pożywce mają być bardzo cechujące i rozwijają się szybko. Autor zaleca ten sposób badania jako łatwy lekarzom praktykującym.

(W każdym razie jednak bez pewnéj propedeutyki bakteryologicznéj badanie takie w celach rozpoznawczych może prowadzić na bezdroża. *Ref.*) (*Annales de l'Institut Pasteur* 1892, Nr. 6).

J. Ritter: **O etyologii krztuśca.**

Odczyt w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 2 Listopada 1892.

Autor wyhodował na płytach agarowych z wydzieliny oskrzelowéj, wykaszlanéj na końcu napadu (znane białe jak mleko grudki rozmiarów soczewicy) po upływie 20 godzin w ciepłocie od 36° C.—38° C. małe, dokładnie ograniczone, opalizujące, szarawe kolonie wyróżniające się wyraźnie od innych. Kolonie to udawały się tylko na agarze, na żelatynie; w bulionie i na ziemniakach nie rozwijały się. Ciepłota od 36°—38° C. jest do rozwoju ich najodpowiedniejsza. Powyżéj 42° C. i poniżéj 30° C. nie rozwijają się zupełnie.

Mikroskop wykazuje, że kolonie te składają się wyłącznie z diplokoków bardzo małych, ułożonych w kępkach, prostych lub krętych, małych łańcuszkach, lecz zawsze parami: są one okrągłe, nieco spłaszczone w miejscach, gdzie się koki ze sobą stykają tworząc diplokoki; barwią się zwyklemi barwikami anilinowemi w roztworach wodnych, tudzież metodą Grama. Autor znalazł rzeczony diplokok stale w 18 badanych przypadkach krztuśca i przypisuje mu znaczenie etyologiczne. W pracy swéj wykazuje cechy odróżniające diplokok od innych postacią podobnych, jak diplokok Fraenkla, Panego, Millera i t. p., które się uwydatniają w sposobie hodowania na różnych pożywkach jak i w postaci hodowli.

Doświadczeń na zwierzętach z hodowlami dotąd nie robił, lecz zaszczepił grudki z wydzieliny oskrzelowéj, które stanowiły materyał bakteryologicznego badania, w błonę śluzową tchawicy dwóch psów, które okazywały po zaszczepieniu napady kaszlu do krztuścowych podobne.

B. Pernice i G. Scagliosi: **O wydzielaniu bakteryj z ustroju.**

Autorowie czynili w zakładzie anatomiczno patologicznym w Palermo doświadczenia na zwierzętach, mianowicie psach, świnkach morskich i białych myszach, którym bakterye częścią w tkankę podskórną, częścią wprost do krwi wstrzykiwali i badali, czy i po upływie jakiego czasu bakterye przechodzą do krwi, do tkanin i do wydzielin. Skutki były następujące:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus pyocyan., Micrococcus prodig.* opuszczają ustrój różnemi drogami: żółcią, moczem, przez błonę śluzową jamy nosa, ust, tchawicy, żołądka, jelit, macicy, pochwy, nadto przechodzą do mleka, nasienia, wysięków otrzewnowych i opłucnowych. *Bacillus subtilis* przechodzi nawet z matki do płodu.

2) Wydzielanie następuje w 4—6 godzin po wstrzyknięciu i trwa 24—48 godzin, jeżeli zwierzę wcześniéj nie ginie.

3) *Micrococcus prodigiosus* i *bacill. pyocyan.* zachowują po wydzieleniu z ustroju zdolność wytwarzania barwika.

4) *Bacillus anthracis* nie traci po wydzieleniu z ustroju swéj jadowitości.

5) Nerki po wstrzyknięciu wszelakich bakteryj okazują ciężkie zmiany miąższowe.

Autorowie tedy na podstawie swych doświadczeń twierdzą, że bakterye chorobotwórcze opuszczają ustrój częściowo przez różne wydzieliny, częściowo zaś ulegają w tkaninach ustroju zniszczeniu drogą fagocytozy lub skutkiem wrogiego bakteryom wpływu surowicy krwi. Ze względu na leczenie chorób zakaźnych, zalecają przedewszystkiem pobudzenie narządów wydzielających do żywszego wydzielania, szczególniéj przyjmowanie znacznéj ilości wody celem niejako wypłukania bakteryj z ustroju, co od dłuższego czasu włoscy lekarze w durze brzusznym stosują. (Z doświadczeń na zwierzętach atoli tylko z największą ostrożnością czerpać należy wskazówki lecznicze. *Ref.*) (*Deutsche med. Wochenschrift*).

J. Forster: **O rozwoju bakteryj w niskiéj ciepłocie.**

Autor mięszał z żelatyną wodę, cząstki różnych spożywek, odpadków i t. p. i wylewał na płyty. Płyty te przechowywał w lodowni, któréj wewnętrzna ciepłota bardzo mało od 0° C. zbaczała. Po 10—12 dniach rozwijały się hodowle niektórych bakteryj, które autor przeszczepiał do rurek odczynnikowych i hodował daléj w zwykléj ciepłocie lub w termostacie celem wybadania własności biologicznych bakteryj.

Wprawdzie tylko mało gatunków mogło się rozwijać w ciepłocie 0° C., jednak były to właśnie bakterye najpospolitsze n. p. na pożywkach napotykane. Wiadomo wszakże, że potrawy, mięso i t. p. w lodowniach przechowywane po kilku dniach przybierają woń niemiłą i smak wstrętny, a wydobyte z lodowni i daléj w ciepłocie pokojowéj trzymane ulegają szybko gniciu. Do konserwowania tedy żywności zapomocą zimna ciepłota 0° C. nie wystarcza. (*Centralblatt für Bacterienkunde* T. XII. Nr. 13).

Sahli: **Przyczynek do etyologii ostrego gośćca stawowego.**

Autor miał sposobność pośmiertnego badania przypadku ostrego gośćca stawowego z następowem zapaleniem włóknikowem osierdzia i zapaleniem śródsierdzia. Tak wydzielinę stawową jak i strzępki włóknikowe z jamy osierdzia i wybujałości śródsierdziowe poddał badaniu bakteryologicznemu, które wykazało przedewszystkiem mnogość hodowli koka, odpowiadającego w zupełności zachowaniem się na różnych pożywkach i wejrzeniem mikroskopowém drobnoustrojowi zwanemu: *Staphylococcus citreus.* Autor sądzi tedy, że rodzaj ten koka groniastego albo był przyczyną gośćca ostrego stawowego albo też w formie zakażenia mięszanego wywołał powikłania choroby pierwotnéj. Przypuszczenie pierwsze wydaje mu się prawdopodobniejsze i skłania go do zapatrywania, że ropne koki osłabione, już niezdolne ropienia wywołać, są istotą chorobotwórczą ostrego gośćca stawowego. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte,* 22 rocznik 1892).

Armin Huber: **Koki ropne we krwi w przypadku zanogcicy.**

U choréj mocno gorączkującéj, cierpiącéj na zanogcicę ropiejącą (*panaritium*) lewego wielkiego palca, badał autor bakteryologicznie krew uzyskaną przez nakłucie wyżarzoną poprzednio igłą z brzuśca palca średniego ręki prawéj (skóra została przedtem oczyszczoną przez zmycie roztworem sublimatu, wyskokiem i eterem); nadto badał ropę z zanogcicy saméj wśród ostrożności aseptycznych wydobytą. W rurkach agarowych i żelatynowych otrzymał tak ze krwi jak z ropy ten sam drobnoustrój t. j. *staphylococcus pyogenes albus.* Celem stwierdzenia jadowitości wyhodowanego koka wstrzyknął pod skórę mętwę z hodowli agarowéj dwom królikom, co sprawiło rozwój ropni podskórnych. Ze spostrzeżenia powyższego jest widocznem, że nie co innego jak *staphylococcus albus,* przeszedłszy z zanogcicy do krwi wywołał ciężki stan gorączkowy u choréj. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte.* Rocznik XII. 1892.)

J. Denys: **O zakażeniach moczowych.**

Autor wbrew zapatrywaniu większości badaczy, że *bacillus coli communis* jest najczęstszą przyczyną zaburzeń w drogach moczowych, twierdzi na podstawie widocznie ścisłych i krytycznych doświadczeń, że najczęściéj istotą chorobotwórczą tych zaburzeń jest *bacillus lactis aërogenes,* ten sam, który znachodzi się w stolcach osesków karmionych mlekiem matki i dopiero w drugim rzędzie działają w téj mierze koki ropne jak *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes,* tudzież prątek gruźliczy. Autor sądzi, że klasyfikacya naukowa katarów pęcherza w przyszłości zawisłą będzie od gatunku drobnoustroju chorobotwórczego, który je sprawia (w żadnym razie nie rychło do téj ścisłości klasyfikacyjnéj dojdziemy i potrzeba tu długiego szeregu ścisłych badań i spostrzeżeń. *Ref.*) *Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine,* Bruksela 1892.

Lidya Olitzka: **O antagonistycznem działaniu *bacillus fluorescens liquefaciens* i jego hygienicznem znaczeniu.**

Autorka badała wpływ *bacilli fluor.* na rozwój następujących drobnoustrojów: *Bacillus fluorescens non liquefaciens, Bac. prodigiosus, Bac. pyocyan., Staphylococcus pyogenes aureus, bacill. anthracis, bacillus cholerae asiat.. bac. typhi, bacillus tuberculosis, pneumococcus Fraenkla.* Postępowała w téj mierze w ten sposób, że szczepiła przez posunięcie igłą platynową w rurkach agarowych *bacillus fluorescens liquef.* i jeden z podanych drobnoustrojów w odległości 6 milimetrów, albo też na pożywkach zużytych przez rozwój *bacilli fluor. liqu.* i potem dokładnie wyjałowionych szczepiła jeden z tychże drobnoustrojów.

Wypadek był następujący: *Bacillus fluor. liqu.* nie okazuje antagonizmu względem *bacill. fluorescens putridus,* względem prątka gruźliczego i pneumokoka Fraenkla; jest jednak mocnym antagonistą prątka przecinkowego cholery, prątka zielonéj ropy i *staphylococcus pyogenes aureus.* Nakoniec autorka zastanawia się nad higieniczną doniosłością rezultatów powyższych doświadczeń, lecz nie kusi się rozstrzygnąć, czy *bacill. fluorescens liquefaciens* w téj ilości, w któréj napotyka się w wodzie, może wywrzeć pewien wpływ powstrzymujący rozwój prątka cholery i duru brzusznego. (*Aus der medizin. Klinik in Bern. Inaugural-dissertation* 1891). *Dr. Poniklo.*

Choroby uszne.

O chorobach usznych podczas epidemii influenzy.

Wpływ influenzy na narząd słuchowy od pierwszego jej wystąpienia w rozmaitych stronach spostrzegano i uznano. Ścisły związek anatomiczny i fizyologiczny ucha środkowego z narządem oddechowym potwierdza właśnie to współcierpienie ucha podczas owej epidemii będącej niezaprzeczenie przeważnie natury nieżytowej. Aczkolwiek powikłanie jako takie powszechnie uznano, jednak zapatrywania co do przebiegu i własności tych zboczeń usznych różnią się bardzo. Po największej części autorowie przyznają influenzyjnym chorobom usznym pewne osobne, cechujące własności. Inni znowu zaprzeczają wszelkiej odrębności. Wszyscy atoli jednomyślnie zgadzają się na to, że choroby uszne podczas tej epidemii o wiele liczniej występowały, niż o tym samym czasie w innych wolnych od epidemii latach. Stosunek ten uwydatniają dobitnie statystyczne zestawienia porównawcze Grubera, Politzera, Ludewiga, Löwenberga i innych. Wszyscy również jednomyślnie prawie utrzymują, że najczęstszemi powikłaniami ze strony ucha były ostre zapalenia nieżytowe i ropne ucha środkowego. W dostępnej sobie literaturze znalazłem, że Dreyfuss i Schwabach pierwsi donieśli o tej komplikacyi (*Berlin klin. Wochenschft* 1890 3.) a jako cechujące

objawy zaznaczyli przekrwienie i krwotoki z błony bębenkowéj lub wystąpienie podbiegnięć i pęcherzyków krwią napełnionych, co bardzo rzadko pojawia się w zwykłych ostrych zapaleniach tego narządu. Patrzek (*Allgem. med. Central Ztg.* 1890. 6. i 9) podaje krwawienia w postaci wybroczyn w błonie bęb. jako charakterystyczne objawy zapalenia usznego o tym czasie. Rohrer (*Archiv. f. Ohrenheilk.* T. 30. Z. 1 i 2) zwraca uwagę na objawy nerwowe ze strony nerwu słuchowego w przebiegu influenzy, które sobie tłumaczy dostaniem się drobnoustrojów Klebsa w krew. We wszystkich przypadkach bole w uchu były nadzwyczaj mocne. W jednym przypadku ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego zauważył krwotok z bł. bęb. Michael (*Deutsche med. W.* 1890. Nr. 6.) upatruje w jednéj części chorób usznych podczas epidemii pojawiających się nie powikłania, lecz influenzę samą w uchu umiejscowioną i odznaczającą się od innych influenzie towarzyszących chorób usznych, skłonnością do powstania przekrwienia, wybroczyn, krwawo surowiczej wydzieliny i wielkich bolów, które nawet po przebiciu błony bęb. nie ustępują. Jankau (tamże Nr. 12). przypisuje tym zboczeniom stanowczo odrębność, którą upatruje w stanie błony bęb. i w miejscu jej przebicia. Błona bęb. była zawsze ciemnoczerwono natrzyknięta, naciekła przypominając aksamit i pokryta mniejszemi lub większemi wybroczynami. Przebicie samowolne następowało z klasyczną regularnością w przednim dolnym odcinku; wydzielina była zawsze surowiczą lub surowiczo krwawą. Hang. (*Münch. med. Wochs.* 1890. 8) uważa cierpienia te jako zarażenie (*Kontakt-infection*) pochodzące z rozszerzenia się chorób nieżytowych narządu oddechowego na narząd słuchowy. W 26 przyp. zauważał zwykły nieżyt trąbki, w 27 przyp. ropne, względnie ślnzowo ropne zapalenie z przebiciem błony bęb., w 17 krwotoczne zapalenie. To ostatnie odznaczało się ciemnoczerwonem zabarwieniem błony bęb., wystąpieniem na niej pęcherzyków krwotocznych, nadzwyczajnemi bólami i bardzo wielką gorączką. Po przebiciu dobrowolnem lub operacyjnem wypływała z początku krew płynna lub skrzepła. Sprawa przedłużała się przez przeobrażenie się postaci krwotocznej w zwykłe zapalenie ropne.

Eitelberg (*Wien. med. Wschrft* 1890. 7.) widzi również znamię tego powikłania w krwawieniach z ucha przez siebie spostrzeganych i pochodzących z przekrwienia znacznego błony bęb. i ucha środkowego. W dwóch przypadkach musiał nawet tamponować przewód uszny z przyczyny krwawienia groźnego. Podnosi jednak podobnie, jak większa część innych autorów, że mimo burzliwych i niepokojących objawów początkowych, przebieg był wogóle bardzo pomyślny, a przywrócenie zdrowia zupełne i szybkie. Wyrostek sutkowy był bolesny prawie we wszystkich przypadkach. Gruber (*Allgem. Wien. med. Ztg* 1890. 10.) kładzie nacisk na częste pojawianie się spraw nieżytowych i zapalno-ropnych w uchu podczas influenzy, na gwałtowny przebieg z gorączką i ciężkiemi objawami podmiotowemi i przedmiotowemi. Z ostatnich zwracało na siebie uwagę znaczne przekrwienie błony śluzowéj ucha środkowego, błony bęb. i ucha zewnętrznego. Na błonie bęb. powstawały pęcherzyki krwią napełnione jakoteż rozlane wynaczynienia. Często przystępowało zapalenie kości i okostny w okolicy wyrostka sutkowego, a u 6-ciu chorych, którzy poprzednio nie byli dotknięci żadnem cierpieniem ucha, musiano otworzyć wyrostek sutkowy, w którem znajdywano rozległą jamę wypełnioną ropą i ziarninami. Wszyscy wprawdzie wyzdrowieli, mimo to liczy Graefe przypadki te do najcięższych, jakie kiedy spotkał. Politzer (*Wien. med. Blätter* 1890. 9 i 10) spostrzegał często podczas epidemii postać zapalenia błony bębenkowéj, które opisał i nazwał *Myringitis bulbosa haemorrhagica*. Bóle w uchu były nadzwyczaj mocne, rozpromieniały się wokół i nie ustępowały nawet po przebiciu błony bębenkowéj. Często przychodziło do ropienia we wyrostku sutkowym. Henneberg uważa zapalenie uszne influenzyjne za chorobę zupełnie odrębną. Pierwotnie występuje zapalenie błony bębnowéj z wynaczynieniami śródmiąższowemi, wtórorzędnie przyłącza się często zapalenie jamy bębenkowéj. Löwenberg (*Bulletin med.* 1890. 3 i *Les affectionis de l'oreille dans la grippe* 1890) między 52 przypadkami miał tylko dwa z cechą ostrą, poważną z przebiegiem powolnym. Wszystkie inne, prócz częstszego pojawiania się, nic odrębnego nie przedstawiały.

Ze zestawienia porównawczego Ludewiga (*Archiv. f. Ohrenheilk* T. *30* z. *3*) wynika, że autor ten podczas epidemii influenzy leczył trzy razy więcéj chorych na ostre zapalenie ucha środkowego, niż w równym czasie w latach poprzednich. Szczególnéj cechy patognostycznéj i on nie zauważył. Niekiedy tylko bolesność była bardzo wielka i rozpromieniała się na czoło i szczęki. Często zapalenie zajmowało kości. W jednym przypadku zapalenia ostrego ucha środkowego wskutek influenzy przyszło do próchnienia ostrego, zapalenia ropnego żyły zatoki (*sinusplebitis*) i do śmierci wskutek ropnicy. Po śmierci znaleziono takie rozległe zniszczenie kości, jak to bywa w najzłośliwszych chorobach zakaźnych. Na podstawie swych doświadczeń uważa Ludewig zapalenie ucha influenzyjne za chorobę podstępną, niekiedy życiu zagrażającą. W sekcyi otologicznéj X. zjazdu lekarskiego międzynarodowego w Berlinie r. 1890 Jansen w swym odczycie o tym przedmiocie (tamże t. 31. z. 2—3) zaznacza częstsze występowanie cechy krwotocznéj i częste szerzenie się zapalenia na wyrostek sutkowy (w 57 przypadkach). W 25 przypadkach dłutem wykuto wyrostek. Większa część tych przypadków przyszła do leczenia już z rozwiniętym otokiem ropnym w wyrostku. W 10 przypadkach wystąpiły objawy mózgowe, jak mocne bóle głowy, nudności, wymioty, zawrót i zwolnienie tętna. (Dok. nast.).

Notatki terapeutyczne.

4) Desprez zaleca w cholerze chloroform w następującéj postaci:

Rp.	*Chloroformii*	1·00
	Spir. vini rectif.	8.00
	Liqu. ammonii acetici	10 00
	Aquae destill.	110·00
	Morphini muriatici	0 02
	Syr. simpl.	40 00

MDS. Co pół godziny po łyżce stołowéj zażywać aż do złagodnienia przypadów. (*Sem. medicale* 14/IX 1892).

5) Do sporządzania gazy jodoformowéj w małéj ilości podaje Gay następujący przepis:

Rp.	*Aetheris sulfurici*	*700 ccm.*
	Benzini	*500* „
	Paraffini liquidi	*10* „
	Misce. Dein adde	
	Resinae elemi	*5 grm.*
	Perfecta solutione	
	Adde	
	Jodoformii	*50 grm.*
	Solvatur.	

Płyn w téj ilości sporządzony wystarcza na 10 metrów gazy stosownéj. (*Union pharm.* 5. 1892).

6) Do zniesienia ile możności woni jodoformu podaje farmakopea holenderska przepis:

Rp.	*Jodoformii*	*197·00*
	Acidi carbolici puri	*1 00*
	Olei menthae piperitae	*2·00*

V. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakł. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

Każdemu stworzeniu a przeto i człowiekowi wrodzone są poszanowanie i chęć utrzymania własnego zdrowia jak

również życia. A jeżeli życie, nawet nędzarzowi miłe, przyniesie wiele zawodów i nieszczęsnych kolizyj, to jeszcze nie każdy w tem położeniu ucieka się do samobójstwa, wierząc w szczęśliwsze oblicze przyszłego jutra. Samobójstwo wydarza się coraz to częściéj w miarę postępu cywilizacyi i tworzenia się coraz to liczniejszych potrzeb codziennego bytu, obok coraz trudniejszych do niego warunków. Samobójstwo wypływa z egoizmu człowieka, który, nie mogąc dojść do celu zamierzonego, woli skrócić sobie czas męki. Mękę tę zaś stwarza umysł jego własny, gdyż, jak to trafnie Saint-Marc Girardin powiada, żaden człowiek nie pozbawiłby się życia, gdyby rozwinięta czynność jego mózgu nie dostarczyła mu męczarni umysłowéj.

Samobójstwa apoteozować nie można, gdyż nie dowodzi ono ani męztwa ani żadnych podniosłych idei; wprawdzie dzieje starożytne podnoszą z uznaniem samobójstwa Seneki i Katona, jako wypływ szlachetnych motywów: miłości ojczyzny lub przekonania filozoficznego, jednak w każdym razie były one również i skutkiem egoizmu. Tylko takie samobójstwa można uważać za powstałe ze szlachetnéj pobudki, w którem jednostka poświęca swe życie dla dobra bliźnich, mimo iż umierać jéj trudno a życie jéj jest drogiem.

Samobójstwo wydarza się od najdawniejszych czasów. Już historya biblijna starego testamentu wspomina o przypadkach samobójstwa, np. króla Saula. W społeczeństwie izraelickiem samobójstwo stało się częstszem od chwili powrotu z niewoli babilońskiéj. Zdaje się, że zmięszanie się ludności wziętéj w niewolę z zwycięzcami było tego przyczyną, jak również może osłabienie wiary, które fałszywi prorocy wywołali. W Rzymie za czasów cesarstwa samobójstwo było rzeczą powszednią a stało się rzadszem dopiero za nastaniem ery chrześcijańskiéj. W średnich wiekach głęboka wiara i z niéj płynące poczucie moralności wstrzymywały ludność od zamachów samobójczych. W wiekach nowych, a zwłaszcza w obecnéj dobie, różne teorye wstrząsnęły i zachwiały gorącą i głęboką wiarę ludzi, nie dając natomiast nic w zamian, coby zbłąkane umysły z nad brzegu zniszczenia sprowadzało na drogę normalną. Poczucie moralności upadło w obecnéj chwili a to u tych jednostek, których namiętności miały wiarę za hamulec.

Wedle Morsellego samobójstwo jest skutkiem walki o byt, naturalnego odpadku w ludzkości mocą prawa rozwoju cywilizacyjnego.

Pierwszy Robert Malthus w znakomitem swem dziele o zasadniczych podstawach i warunkach rozkrzewiania się ludności, zwrócił uwagę, iż powodem braku rozwoju dobrobytu i poczucia moralności jest walka o byt. A walka o byt, wedle jego zapatrywania, jest następstwem stosunkowo większego mnożenia się ludności, niż środków odżywczych. — O ile prawdziwem jest twierdzenie Malthusa, nie można się spierać, tyle jednak jest pewnem, że na tem jego twierdzeniu oparł Darwin swą teoryę ewolucyjną. Nie da się zaprzeczyć, że w ogólnéj walce o byt żyjącego jestestwa człowiek od wieków pierwsze miejsce zajmuje i że on téj walce zawdzięcza rozwój tak swych fizycznych jak i intellekualnych zdolności. Człowiek wytyka sobie cel, do którego przy użyciu wszystkich swych sił zdążyć pragnie. Często zdaje mu się, że jest już bliskim zakreślonéj sobie mety, gdy ktoś silniejszy cel jego dążności z przed oczu mu porywa. Przegrana w chwili, gdy mu się zdawało, że jest już panem ostatecznego celu, odbija się na jego stanie psychicznym, siła umysłu jego łamie się nagle. Jednostka zwyciężona w walce konkurencyjnéj, zapada w choroby fizyczne, umysłowe, popada w ubóstwo, staje się zbrodniarzem lub samobójcą. — Ztądto statystyka wykazuje, że w miarę wzrostu ludności i rozwoju jéj, wskutek utrudnienia szans zwycięztwa w ogólnéj walce o byt, zwiększa się liczba jednostek podpadających ubóstwu, prostytucyi, chorobom umysłowym i samobójstwu.

Od dawna już przypisywano samobójcom anormalny stan umysłu. O ile z jednéj strony pewną jest rzeczą, że w zamglonym umyśle obłąkanych bardzo często rodzi się myśl lub popęd samobójczy, o tyle z drugiéj strony nie można twierdzić uporczywie, że zboczenie umysłu jest jedyną, konieczną przyczyną samobójstwa. Wprawdzie nie ulega wątpliwości, że bieg i kojarzenie się myśli u samobójców nosi niezatarte znamię chorobliwego stanu, przecież jednak tak jak choroba umysłowa może być bez samobójczych popędów, tak również i samobójstwo może być skutkiem zimnéj i logicznéj rozwagi. Impuls do samobójstwa bywa zwykle czysto podmiotowym i rozwija się w danym ustroju bez żadnych wpływów zewnętrznych. Bardzo pożądanem byłoby do ocenienia impulsów i stanu umysłowego samobójców, gdyby przeważna liczba samobójców podawała powody swego czynu. Niestety życzenie to, wypowiedziane już przez Voltaira, zostaje tylko życzeniem.

W krok za coraz to doskonalszym rozwojem ludzkości idą szersze i większe potrzeby. Niemożność zaspokojenia tych potrzeb stać się może motywem zbrodni albo samobójstwa. I tak w klasach roboczych zauważyć można niemożność zaspokojenia głodu, jako powód samobójstwa; u ludzi, których uczuciem wzgardzono, jak np. u starających się o względy kobiet, niemożność zaspokojenia popędu płciowego również skłania do samobójstwa; podobnież i zawiedzione nadzieje w osiągnięciu stanowiska upragnionego itd. Innym razem przyczyną popędu do samobójstwa bywa choroba umysłowa lub ciężka i długa choroba fizyczna w przeciwieństwie do poprzedniego szeregu, w którym duch się zamroczył chwilowem niepowodzeniem, nieszczęściem itd.

Cullere twierdzi, iż popęd do samobójstwa rodzi się na gruncie przygotowanym dlań przez zwyrodnienie, że jest on jedną z form obciążenia umysłowego, zdarzającą się często wespół ze zboczeniami tejże saméj natury, jak np. popędem do morderstwa, zboczeń płciowych, okresowego opilstwa (dipsomania) lub popędem do podpalania. Wiadomo, że popędy do morderstwa, podpalania itd. bywają czasem skutkami braku wolnéj woli u człowieka, tj. tak zwanych myśli przymusowych. Dr. Magnan, lekarz przytuliska dla obłąkanych w Paryżu, opisał dokładnie stany pozornego zdrowia umysłowego, w których jednak myśli przymusowe znoszą swobodę działania jednostki, wolną jéj wolę, pomimo zupełnéj świadomości, iż myśl przymusowa skłania do czynu niemoralnego i występnego. Czy także u samobójców nie powstają myśli przymusowe, do czynu tego skłaniające, z powodu braku danych twierdzić nie można, jednak przypuścić należy.

Liczba samobójstw wydaje się zależną od pewnych wpływów. Wpływy te są po części zewnętrzne jak wpływy klimatu, pór roku, stanów atmosferycznych, po części zaś zależą one od rasy, wyznania i poziomu wykształcenia umysłowego, względnie cywilizacyi.

Co do klimatu, toć już Swetoniusz i Tacyt z podziwem piszą o ludach północnéj Europy, mianowicie o Celtach i Germanach, iż lekceważą własne życie a Montesquieu uważa, wprawdzie niesłusznie, Anglię za kraj, w którym samobójstwo jest najczęstszem. Badaniom statystycznym Morsellego zawdzięczamy wykazanie, iż najczęściéj trafiają się samobójstwa w środkowéj części Europy, położonéj między 47. a 57. stopniem szerokości, między 20. a 24. stopniem długości a więc w części, dla któréj linia równego ciepła czyli izoterma waha się między $+12\cdot5$ a $+7\cdot5°$ C. Do téj części należy Galicya wraz z Bukowiną, dla których liczba samobójstw w stosunku do miliona mieszkańców wedle obliczeń Morsellego, sięgających aż do roku 1877, wynosi 98. Od pasu tego, w którym samobójstwa zdarzają się najczęściéj, postępując na północ lub południe, spotyka się coraz mniéj samobójstw.

Morselli zwrócił i na to uwagę, iż liczba samobójstw zależy od stosunków tellurycznych, gdyż najczęściéj zdarza się samobójstwo w nizinach, znacznie rzadziéj w częściach lub krajach górzystych. Jeźli się jednak uwzględni tę okoliczność, że najczęściéj mieszka ludność w dolinach, po miastach wielkich, zwykle nad rzekami wielkiemi położonych, to nie dziwno, iż liczba samobójstw w nizinach bywa wię-

ksz. Największa gęstość ludności jest w nizinach, które znowu co do swéj geologicznéj budowy odpowiadają formacyi napływowéj (alluwialnéj) najmłodszéj epoki.

Co do wpływów pór roku, to wedle badań Guerrego, Legoyta, Wagnera i Morsellego najczęściéj zdarzają się samobójstwa w porze letniéj, mianowicie czerwcu, maju i lipcu. Przełom pory letniéj ku zimowéj, przypadający w miesiącu październiku i listopadzie, okazuje drugie, jakkolwiek od letniego mniejsze powiększenie się liczby samobójstw. Czynnikiem tu działającym nie jest wpływ ciepłoty wyższéj lub niższéj, lecz zmiana jéj dość nagła, nagabująca ustrój jeszcze do innéj ciepłoty nie nawykły.

O ile wpływ odmian księżyca stanowczo stwierdzono na choroby umysłowe i padaczkę, o tyle nie ma jeszcze do wodu statystycznego, że i liczba samobójstw od niego zależy. Prawdopodobnie jednak pełnia księżyca i ostatnia kwadra, w czasie których wedle Schiaparellego najwięcéj bywa dni słotnych i burzliwych, wykazują największą liczbę samobójstw. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż dnie słotne, ponure i wietrzne przygnębiają umysł nawet zupełnie zdrowy, tembardziéj zatem umysł wrażliwy, niezupełnie prawidłowy, jaki trzeba przypuścić u samobójców.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Były redaktor *Przeglądu Lek.*, prof. Halban otrzymał z Poznania następujący telegram:

Serdeczne Bóg zapłać za tyloletnią pracę około rozwoju *Przeglądu Lekarskiego.*

Chłapowski. Wicherkiewicz. Święcicki.

— Dowiadujemy się, że III. zeszyt podręcznika chirurgii prof. R y d y g i e r a, zawierający choroby kręgosłupa i klatki piersiowéj, wyjdzie w lutym b. r. na pewno.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrano na posiedzeniu w dniu 3 b. m. prezesem Edwarda Przewoskiego, wiceprezesem Stanisława Markiewicza, sekretarzem dorocznym Witolda Szumlańskiego, podskarbim Stanisława Kondratowicza, członkami Komitetu Bolesława Gepnera ojca, Zygmunta Kramsztyka i Franciszka Jawdyńskiego.

— Komitet gospodarczy jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego ogłasza, że uroczyste otwarcie kongresu odbędzie się w Rzymie 24. września b. r. w obecności króla włoskiego. W dniu następnym rozpoczną się posiedzenia ogólne i sekcyjne. W czasie kongresu odbędzie się międzynarodowa wystawa lekarska i higieniczna.

Komitet postarał się dla członków kongresu o rozmaite ulgi i dogodności na kolejach żelaznych i parowcach a mianowicie o bilety okrężne po Włoszech, dozwalające zwiedzania ważniejszych miast w tem państwie.

Składka wynosi od osoby po 25 lirów (czyli franków) i nadaje prawo do egzemplarza rozpraw kongresu.

Dla żon członków kongresu będą karty legitymacyjne uprawniające do korzystania z ulg i dogodności przyznanych członkom i do udziału we festynach z powodu kongresu urządziś się mających w Rzymie.

Języki francuski, włoski, angielski i niemiecki są urzędowemi językami kongresu.

Zamierzający mieć wykłady winni je zapowiedzieć jeneralnemu sekretarzowi (prof. E. Maragliano w Genui) najpóźniéj 30. czerwca r. b. a najpóźniéj 31. lipca podać treść i wnioski z nich wysnute celem wydrukowania i rozdzielenia między członków kongresu. Wykłady po 30. czerwca 1893 zapowiedziane odbyć się będą mogły tylko, o ile czasu po innych pozostanie.

— Zarząd powszechnéj wystawy w Chicago ogłosił, że na wystawę nie będzie przyjmować żadnych uniwersalnych i tajnych środków lekarskich.

Nekrologia. Zmarli: w dniu 6. listopada w Kragujewacu w Serbii Dr. Leonard Łątkiewicz, podpułkownik w korpusie lekarskim, w 57 roku życia. — W Nowéj Aleksandryi w dniu 26. listopada Dr. Izydor Gerhardt w 84 roku życia, od lat 61 lekarz praktyczny a od lat 34 lekarz zakładu nowoaleksandryjskiego. — W Kolorasz w Besarabii w dniu 11. listopada lekarz ziemstwa Antoni Żółkiewicz w 58 r. ż. — W Lipowcu w gubernii kijowskiéj młody lekarz K. Przestępski. — W Warszawie w dniu 3 b. m. Józef Konstanty Rosé, b. profesor patologii i terapii szczegółowéj a późniéj historyi medycyny w b. szkole głównéj warszawskiéj.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18-go stycznia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie administracyjne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). — P o r z ą d e k d z i e n n y: 1) Sprawozdanie Prezesa; 2) Sprawozdanie urzędników Towarzystwa i przewodniczących Komisyj za r. 1892; 3) Wnioski członków.

— Dla dogodności Sz. Kolegów Członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie adres do prof. Halbana wystawiony do podpisu w księgarni Wnego Krzyżanowskiego jeszcze w niedzielę 15. i w poniedziałek 16. stycznia r. b.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **E. F. w K.** Kolodyon (*collodium*) w pęcherzycy zjadliwéj (*pemphigus foliaceus*) jest s t a n o w c z o p r z e c i w w s k a z a n e m i m u s i b e z w a r u n k o w o p o t ę g o w a ć j u ż i s t n i e j ą c e b ó l e. Najlepszymi środkami, których w téj chorobie można użyć, są środki osłaniające. Jeżeli choroba zajmuje znaczne przestrzenie skóry, stosować należy miejscowo, o ile możności, jak najłagodniejsze środki, jak np. posypki z *Talc. venetum i Amylum oriz. āā part. aeq.* lub maście jak *Ung. Zinci oxydati c. Acido borico* (0·50%) — *Glycerin* — *Crême* (*Glycerini 40, Amyli tritici 10. Coque et misce*) lub tp. W przypadkach, w których skóra jest obrzękła i zaczerwieniona a skutkiem tego bóle się potęgują, dobre usługi oddają okłady z *Liq. Burowii* w równych częściach z wodą lub w roztworze 25%. — Bardzo dobrze działają ciągłe kąpiele. Leczenie ogólne stosuje się do szczegółowych wskazań w danym przypadku.

Wny Dr. **D. w J.** Odpowiedzieliśmy już kartą korespondencyjną.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.